

PKV-Checkliste für Beamte & Anwärtler



Die wichtigsten
Kriterien für
Beihilfeberechtigte

EINLEITUNG

Worum es in dieser Checkliste geht

Diese Checkliste enthält die wichtigsten Kriterien einer PKV für Beamte. Sie ersetzt keine individuelle Beratung, sondern hilft, Angebote zu prüfen und entscheidende Leistungsbereiche von Tarifen systematisch zu vergleichen.

Die Entscheidung für eine private Krankenversicherung oder für den Wechsel einer PKV sollte erst nach sorgfältiger Prüfung des individuellen Gesundheitsrisikos – und bei Bedarf nach einer anonymen Risikovorabfrage – getroffen werden.

Unterschiede zwischen PKV für Beamte und „normaler“ PKV

Das alles entscheidende „Detail“ vorweg: Die Kriterien für Beamtentarife einer privaten Krankenversicherung sind nicht mit den Kriterien einer PKV für Angestellte, Selbstständige oder Freiberufler zu vergleichen. Beihilfeberechtigte müssen nur einen bestimmten Prozentsatz ihrer Gesundheitskosten privat versichern und benötigen statt einer Krankenvollkostenversicherung eine „Restkostenversicherung“ in Form eines Beihilfetarifs. Daher ist die Checkliste explizit für beihilfeberechtigte Beamtenanwärter und Beamte gedacht.

Der Leistungsumfang in den Beihilfetarifen der privaten Krankenversicherer fällt je nach Anbieter und Beihilfetarif sehr unterschiedlich aus. Über die Tarifwahl, Tarifbausteine, den Beihilfeergänzungstarif und Wahlleistungen können (und sollten) die Leistungen der PKV nach individuellem Bedarf gestaltet werden. Dennoch gibt es Faktoren, die bei der Wahl einer privaten Krankenversicherung für Beamte essenziell sind, unabhängig von persönlichen Bedürfnissen.

Leistungsunterschiede in der PKV und in Beihilfeverordnungen

Der Leistungsumfang in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist in Deutschland weitgehend einheitlich geregelt. Das System der privaten Krankenversicherung tickt hier anders: In einer unüberschaubaren Vielfalt an Anbietern und Tarifkombinationen ist nahezu alles möglich: vom Standardschutz auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenkassen bis hin zur Premium-Versorgung.

Doch egal, für welches Leistungsniveau man sich persönlich entscheidet: Wichtig ist, dass der Beamtentarif der PKV im Krankheitsfall wirklich zahlt. Denn bis zu welcher Höhe die Rechnungen von Arztbesuchen und Behandlungen erstattet werden, entscheidet das Kleingedruckte im Vertrag. Hier verstecken einige Beamtenversicherer Klauseln, die medizinische Leistungen mit Höchstbeträgen begrenzen oder sogar ausschließen.

Hinzu kommt, dass die Beihilfe (abhängig vom Bundesland) bestimmte medizinische Leistungen als „nicht“ oder nur „teilweise beihilfefähig“ festlegt und den Leistungskatalog der Beihilfeverordnung nachträglich anpassen kann. Das hat zur Folge, dass der Patient entweder auf die nicht abgedeckten Untersuchungen, Behandlungen oder Hilfsmittel verzichten oder diese selbst bezahlen muss.

PKV-Kosten: Beitragshöhe und Beitragsstabilität richtig bewerten

Schenkt man dem Wort „Vergleichsrechner“ den Wert, den sich diese Rechner im Internet erwirtschaftet haben, scheint der monatliche PKV-Beitrag das Maß aller Dinge zu sein. Hinzu kommen die Schlagzeilen über Beitragskosten im Alter, die PKV-Interessierte (zu Recht) verunsichern. Doch möchte man die tatsächlichen Kosten einer Krankenversicherung vergleichen, sollte man dafür nicht den Monatsbeitrag bei Vertragsabschluss heranziehen. Dieser ist nur eine Momentaufnahme.

Abgesehen vom monatlichen Preis unterscheiden sich die Tarife in der PKV vor allem in ihrer Beitragsstabilität erheblich. Wir betonen hier das Wort *Tarife*, nicht Anbieter. Denn selbst finanziell stabile und wirtschaftlich erfolgreiche Gesellschaften werfen „günstige“ PKV-Tarife auf den Markt, um schnell neue Kunden zu gewinnen. Doch genau diese Tarife sind es, deren Beiträge in absehbarer Zeit überdurchschnittlich steigen und die von den Medien zerrissen werden.

SO NUTZEN SIE DIE CHECKLISTE

In dieser Checkliste konzentrieren wir uns bewusst auf die Kriterien, in denen sich die Beamtentarife der privaten Krankenversicherer am stärksten unterscheiden und die den größten Einfluss auf Qualität und Kosten der PKV haben. Sie können die Checkliste am Laptop ausfüllen oder ausdrucken und die Punkte gemeinsam mit Ihrem Versicherungsmakler durchgehen.



Ihre Angaben zum Tarif

Name Versicherungsgesellschaft

Tarifname / Tarifkombination

Beihilfeergänzungstarif

Monatlicher Beitrag gesamt

€

A

Ausschlusskriterium: Selbstbeteiligung

Sieht der Tarif eine Selbstbeteiligung (Selbstbehalt) vor?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Für Beamte sind Tarife mit Selbstbeteiligung nicht üblich und auch nicht empfehlenswert, da sie einen großen Anteil ihrer Versicherungsbeiträge über die Beihilfe erstattet bekommen und die wenigsten Beamtentarife einen Selbstbehalt anbieten.

B

Beitragsstabilität des Tarifs

- 1 Seit wann ist der vorliegende Tarif auf dem Markt – inklusive der Zeit vor Umstellung der Bisex-Tarife auf Unisex-Tarife?

.....

- 2 Wie hoch war die durchschnittliche jährliche Beitragssteigerung des Tarifs in der Zeit vor und nach der Umstellung auf Unisex-Tarife (in Prozent)?

..... %

ERLÄUTERUNG

Im Idealfall ist Ihr gewählter Tarif seit mindestens 15 Jahren, besser noch 20 oder 25 Jahre, auf dem Markt verfügbar. Nur dann kann der Versicherer Ihnen eine Beitragshistorie vorlegen, die eine glaubwürdige Bewertung der zukünftigen Beitragsstabilität liefert. Da alle Versicherer ab dem 21. Dezember 2012 für Neuabschlüsse ihre alten Bisex-Tarife auf Unisex umstellen mussten, ist für die Beitragshistorie auch die Bisex-Zeit relevant.

RICHTWERTE

Im historischen Langzeitvergleich liegt der Marktdurchschnitt der PKV-Beitragssteigerungen bei etwa 3,4 % pro Jahr. Tarife, die darunter – also zwischen 2 und 3 % – liegen, gelten am Markt als sehr solide und beitragsstabil. Bei Tarifen mit einer durchschnittlichen Beitragssteigerung von über 3,5 % pro Jahr darf man bereits misstrauisch werden.

1 Arzthonorare

Werden Arztrechnungen mindestens bis zum 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet?

- ☐ Erstattung über den Höchstsatz hinaus
- ☐ Erstattung bis zum Höchstsatz von 3,5
- ☐ begrenzte Erstattung (unter dem Höchstsatz)

Leistet der Beihilfeergänzungstarif ebenfalls über die Höchstsätze der GOÄ hinaus und erstattet den fehlenden Beihilfeanteil?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt in Deutschland die Abrechnung ärztlicher Leistungen für Privatpatienten. Der Regelhöchstsatz (1,1- bis 2,3-facher Satz) wird bei durchschnittlichem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad angewendet. Der Höchstsatz (bis zum 3,5-fachen Satz) fällt bei komplizierten Behandlungen, ambulanten Operationen oder außergewöhnlichem Zeitaufwand an. Damit Ihre Versicherung auch zahlt, wenn Sie im Ernstfall von Spezialisten behandelt werden, sollte hier keine Begrenzung vorliegen.

2 Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Gesundheits-Check-up, Krebs-Früherkennung, professionelle Zahnreinigung)

Werden Vorsorgeuntersuchungen im Umfang der gesetzlichen Krankenkassen bezahlt oder darüber hinaus?

- ☐ Erstattung über die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen hinaus
- ☐ Begrenzung auf den Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung

Werden verbleibende Restkosten vom Beihilfeergänzungstarif erstattet, auch ohne Leistung der Beihilfe?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Einige PKV-Tarife erstatten zusätzliche Untersuchungen oder verzichten auf die gesetzlich vorgegebenen Zeit- und Altersvorgaben.

3 Freie Arztwahl

Dürfen im ambulanten Bereich Fachärzte frei gewählt werden, oder handelt es sich um einen Primärarzttarif?

- ☐ Freie Arztwahl
- ☐ Primärarztprinzip

ERLÄUTERUNG

Das sogenannte Primärarztprinzip schreibt vor, dass Fachärzte erst nach einem Besuch oder mit Überweisung des Hausarztes bzw. eines Allgemeinmediziners aufgesucht werden dürfen. Ansonsten können Leistungen wie Arzthonorare gekürzt werden. Bei freier Arztwahl können Sie ohne Umwege direkt einen Facharzt aufsuchen.

4 Heilmittel (z. B. Physiotherapie, Massagen, Ergotherapie oder Logopädie)

In welcher Höhe erstattet der PKV-Tarif die Kosten für ärztlich verordnete Heilmittel?

- ☐ 100 %ige Erstattung der versicherten Tarifprozentstufe
- ☐ anteilige Kostenübernahme in Höhe von

Schließt der Beihilfeergänzungstarif die Lücken der Beihilfe und erstattet die Restkosten, falls die Beihilfe Kürzungen vorsieht?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Heilmittel sind in der privaten Krankenversicherung grundsätzlich mitversichert, die Kostenübernahme ist jedoch nicht einheitlich geregelt. Viele Beamtentarife erstatten bis zu den Höchstbeträgen der Bundesbeihilfeverordnung, andere haben eine eigene Preisliste. Ideal wäre, wenn der Tarif keine Begrenzung (kein Preis-/Leistungsverzeichnis) hat und der Beihilfeergänzungstarif den fehlenden Beihilfeanteil übernimmt.

5 Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Krücken, Hörgeräte, Prothesen, Insulinpumpen)

Erstattet der PKV-Tarif Hilfsmittel in voller Höhe?

Ja ☐ Nein ☐

Werden verbleibende Restkosten bei Hilfsmitteln vom Beihilfeergänzungstarif erstattet, auch ohne Leistung der Beihilfe?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Der Hilfsmittelkatalog ist ein besonders wichtiges Kriterium der Privaten Krankenversicherung. Hier können im Krankheitsfall hohe und dauerhafte Kosten entstehen (z. B. Rollstuhl, Blindenhund, Heim dialyse-, Beatmungs- oder Sauerstoffgeräte). Für die bestmögliche Versorgung und zeitgemäße Hilfsmittel sollte der Beihilfeergänzungstarif der PKV die Restkosten vollständig erstatten. Vorsicht bei Höchstgrenzen: Durch Inflation und medizinischen Fortschritt kann es im Laufe der Jahre zu immer höheren Zuzahlungen kommen.

6 Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen, Lasik)

Sehhilfen sind theoretisch Hilfsmittel, werden in den Leistungskatalogen der Krankenversicherungen jedoch gesondert behandelt.

Werden die Kosten für Sehhilfen in regelmäßigen Abständen erstattet?

Ja ☐ Nein ☐

Werden operative Sehschärfenkorrekturen (Lasik) vollständig übernommen?

Ja ☐ Nein ☐

Leistet der Beihilfeergänzungstarif auch ohne Leistung der Beihilfe?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Die Wichtigkeit liegt im persönlichen Ermessen: Wer als erwachsene Person einmal eine Brille trägt, wird höchstwahrscheinlich über das gesamte Leben regelmäßig eine neue Sehhilfe benötigen oder eine operative Korrektur in Erwägung ziehen. Achten Sie auf die genaue Formulierung in den Bedingungswerken, da manche Anbieter nur einmalig bis zu einer Höchstgrenze die Kosten erstatten.

7 Heilpraktiker

Werden 100 % der versicherten Prozentstufe für die Behandlung durch Heilpraktiker bis zu den Höchstbeträgen des GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) erstattet?

Ja ☐ Nein ☐

8 Naturheilverfahren / alternative Heilmethoden (z. B. Osteopathie, Chiropraktik, Akupunktur)

Sind Naturheilverfahren im vorliegenden Tarif abgedeckt – und wenn ja, welche?

- ☐ Ja, und zwar:
- ☐ Nein

Schließt der Beihilfeergänzungstarif die Lücken der Beihilfe und erstattet die Restkosten?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Bei einigen PKV-Tarifen sind Naturheilverfahren im Leistungskatalog enthalten, bei anderen nur über spezielle Tarifbausteine oder Zusatzversicherungen. Wer Wert auf sanfte Heilmethoden als Ergänzung zur klassischen Schulmedizin oder als mögliche Alternative zu operativen Eingriffen legt, sollte die Konditionen hier genau prüfen.

9 Ambulante Reha / Kuren

In welcher Höhe werden Anschlussheilbehandlungen (AHB) und sonstige Reha-Maßnahmen erstattet, wenn kein anderer Träger die Kosten übernimmt?

..... €

ERLÄUTERUNG

Ambulante Reha- und Kurmaßnahmen sollten grundsätzlich versichert sein, ohne Einschränkung durch vorab definierte oder „schwere“ Erkrankungen. Idealerweise gibt es ein Kurtagegeld von mindestens 100 € pro Tag und keine oder großzügige Fristen, in denen die Behandlung beginnen muss.

10 Ambulante Transportkosten

Gibt es bei den ambulanten Transportkosten Einschränkungen oder eine Begrenzung (z. B. auf eine bestimmte Anzahl von Kilometern)?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Besonders regelmäßige Transportkosten wie Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie können auf Dauer ins Geld gehen. Der gewählte Tarif sollte möglichst keine Begrenzungen beinhalten – etwa die Beschränkung des Transportweges, auf den nächstgelegenen Behandler oder Höchstbeträge.

11 Ambulante Psychotherapie

Werden psychotherapeutische Behandlungen ohne Begrenzung der Sitzungszahl bezahlt?

Ja ☐ Nein ☐

Werden diese Sitzungen zu 100 % der versicherten Tarifprozentstufe übernommen?

Ja ☐ Nein ☐

Werden verbleibende Restkosten vom Beihilfeergänzungstarif erstattet, auch ohne Leistung der Beihilfe?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Ein Richtwert, den der gewählte Tarif nicht unterschreiten sollte: Die gesetzlichen Krankenversicherungen zahlen – je nach Therapieart – zwischen 80 und 100 Stunden (eine Sitzung dauert meist 50 Minuten). Im Idealfall gibt es keine Begrenzung der Sitzungszahl und keinen prozentualen Eigenanteil.

1 Zahnstaffel

Wird bei einem Unfall auf die Zahnstaffel verzichtet?

Ja ☐ Nein ☐

Gibt es (nach der Zahnstaffel) eine dauerhafte Summenbegrenzung?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

In den ersten Versicherungsjahren werden die Summen für Zahnleistungen mit sogenannten Zahnstaffeln auf Höchstbeträge begrenzt. Das ist üblich, um plötzliche, teure Behandlungen direkt nach Vertragsabschluss und Versicherungsbetrag zu vermeiden. Bei einem Unfall sollte die Zahnstaffel jedoch aussetzen. Außerdem sollte sie zeitlich begrenzt sein – nach spätestens fünf Jahren sollte keine Summenbegrenzung mehr vorliegen.

2 Zahnarzthonorare

Erstattet der Tarif zahnärztliche Leistungen mindestens bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) von 3,5?

- ☐ Ja, bis zum Höchstsatz der GOZ von 3,5
- ☐ Ja, über die Höchstsätze der GOZ hinaus
- ☐ Nein

Erstattet der Beihilfeergänzungstarif ebenfalls über die Höchstsätze von GOZ/GOÄ hinaus inkl. des fehlenden Beihilfeanteils?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

In der Regel rechnen Zahnärzte bis zum Regelhöchstsatz von 2,3 ab und nur bei besonders schwierigen Behandlungen darüber hinaus. Bis zum 3,5-fachen Satz sollte abgedeckt sein.

3 Zahnbehandlungen

Erstattet der Tarif 100 % für Zahnbehandlungen wie Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung?

Ja ☐ Nein ☐

4 Zahnersatz

Werden 100 % der versicherten Prozentstufe (nach der Zahnstaffel) für Inlays, Implantate, Prothesen sowie für Material- und Laborkosten übernommen?

Ja ☐ Nein ☐

Leistet der Beihilfeergänzungstarif 100 % aller Restkosten bei Zahnersatz, Inlays und Implantaten?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Viele PKV-Tarife begrenzen ihre Erstattungsbeträge bei teurem Zahnersatz auf z. B. 80 % oder jährliche Höchstbeträge. Angesichts von Inflation und medizinischem Fortschritt ist davon abzuraten, da die Eigenanteile in den nächsten Jahrzehnten enorm ansteigen können. Einige Anbieter begrenzen ihre Leistungen im Beihilfeergänzungstarif und erstatten z. B. nur Material- und Laborkosten.

5 Kieferorthopädie

Erstattet der Tarif kieferorthopädische Leistungen der versicherten Prozentstufe in vollem Umfang, und übernimmt der Beihilfeergänzungstarif 100 % der Restkosten?

Ja ☐ Nein ☐

3 Stationäre Leistungen

1 Arzthonorare

Leistet der Tarif nur bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von 3,5 oder auch darüber hinaus?

- ☐ Erstattung bis zum Höchstsatz von 3,5
- ☐ Erstattung über den Höchstsatz von 3,5 hinaus

ERLÄUTERUNG

Stationär rechnen Ärzte bei schwierigen Behandlungen, aber auch viele Privatkliniken und spezielle Fachärzte über dem 3,5-fachen Satz ab.

2 Unterbringung und Behandlung

Ist für den Krankenhausaufenthalt mindestens ein Zweibettzimmer mit privatärztlicher Versorgung enthalten oder als zusätzlicher Tarifbaustein wählbar?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Wer nicht nur die gesetzlichen Regelleistungen auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenkassen (Mehrbettzimmer mit Belegarzt) absichern möchte, sondern Mitspracherecht bei Kliniken und spezialisierten Ärzten wünscht, sollte diesen Punkt unbedingt beachten.

3 Stationäre Psychotherapie

Werden die Kosten für eine stationäre Psychotherapie in vollem Umfang ohne vorherige Zusage oder Einschränkungen bei der Klinikwahl erstattet?

Ja ☐ Nein ☐

Übernimmt der Beihilfeergänzungstarif nach Leistung der Beihilfe die Restkosten?

Ja ☐ Nein ☐

4 Transportkosten

Gibt es bei den stationären Transportkosten eine Begrenzung (z. B. auf eine bestimmte Anzahl von Kilometern)?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Der gewählte Tarif sollte möglichst keine Beschränkung des Transportweges, auf den nächstgelegenen Behandler oder Höchstbeträge beinhalten.

5 Stationäre Anschlussheilbehandlungen, Kuren, Reha

In welcher Höhe werden stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) und sonstige Reha-Maßnahmen erstattet, wenn kein anderer Träger die Kosten übernimmt?

€

Erstattet der Ergänzungstarif die Restkosten nach Leistung der Beihilfe?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Stationäre Reha- und Kurmaßnahmen sollten grundsätzlich versichert sein, ohne Einschränkung durch vorab definierte oder „schwere“ Erkrankungen. Idealerweise gibt es ein Kurtagegeld von mindestens 100 € pro Tag und großzügige Fristen, in denen die Behandlung beginnen muss.

4

Leistungen im Ausland

Wie lange leistet der Tarif bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt?

Monate

ERLÄUTERUNG

Die Zeitspanne wird vor allem wichtig, wenn längere Reisen oder Auslandsaufenthalte geplant sind, die über den üblichen Rahmen von bis zu einem Monat hinausgehen. Hier lohnt sich jedoch auch der Blick auf eine zusätzliche – im Vergleich günstige – Reisekrankenversicherung, bevor man den gesamten Beamten-PKV-Tarif in Frage stellt.

Ist der medizinisch sinnvolle Rücktransport aus dem Ausland abgesichert?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Hier entscheidet der genaue Wortlaut: Ein medizinisch *notwendiger* Rücktransport bedeutet, dass der Tarif den Rücktransport nur übernimmt, wenn die medizinischen Möglichkeiten vor Ort nicht gegeben sind. Dieser Punkt sollte als Kriterium für die Beamten-PKV jedoch nicht allzu ausschlaggebend sein – eine separate Auslandsreiseversicherung kostet nur wenige Euro im Jahr und bietet den besten Schutz auf Reisen.

1 Versichertenkarte

Gibt die private Krankenversicherung eine Versichertenkarte aus?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Nicht alle privaten Krankenversicherer händigen Ihnen eine Versichertenkarte aus. In diesem Fall müssten Sie bei jedem neuen Arzt- und Krankenhausbesuch Ihre Gesundheitshistorie mündlich aufklären.

2 Beitragsbefreiung

Besteht die Möglichkeit, eine Beitragsbefreiung für die Elternzeit zu vereinbaren?

Ja ☐ Nein ☐

ERLÄUTERUNG

Eine Beitragsbefreiung für die Elternzeit kann bei nicht abgeschlossener Familienplanung und Kinderwunsch sehr sinnvoll sein.

3 Beitragsrückerstattung

ERLÄUTERUNG

Beitragsrückerstattungen – für Jahre, in denen keine Rechnung eingereicht wurde – können vom privaten Krankenversicherer jederzeit gestrichen werden und hängen in der Regel vom erwirtschafteten Überschuss der Versicherung ab. Sie sollten daher kein ausschlaggebendes Kriterium für die Wahl des PKV-Tarifs sein.

Wir unterstützen Sie gerne.

Diese Checkliste ersetzt keine individuelle Beratung. Für eine langfristig erstklassige Versorgung bei einem beitragsstabilen Anbieter ist eine unabhängige und persönliche Bedarfsanalyse die Basis.

Gehen Sie die Punkte gemeinsam mit einem unser neutralen Spezialisten für den öffentlichen Dienst durch: Wir rechnen Ihren Restkostenbedarf aus und prüfen, welche beihilfekonformen Tarife zu Ihrem Bedarf passen.

Kostenlos, 100% anbieterunabhängig und unverbindlich.



Ungebundene Versicherungsmakler

für Beamte & Anwärtler

(0521) 32 99 89 22

info@beamtenservice.de

[beamtenservice.de](https://www.beamtenservice.de)



Ihr Spezialist für den öffentlichen Dienst