

Leitfaden

zur Entscheidungsfindung in der Privaten Krankenversicherung



Verfasser:

Sven Hennig

**Spezialist für die Private Krankenversicherung,
Altersvorsorge und Berufsunfähigkeit**

Bahnhofstr. 48, 18528 Bergen

Tel. 03838 30 75 33

S.H.C. GmbH,

HR Stralsund, HRB 7407

GF Sven Hennig

Mail: pkv@online-pkv.de

<http://www.online-pkv.de>

Inhaltsverzeichnis:

| | |
|---|----|
| Vorbemerkung | 4 |
| Das System der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV)..... | 6 |
| Vertragsverhältnisse in der GKV | 7 |
| Der Gesundheitsfond | 8 |
| Das System der Privaten Krankenversicherung..... | 10 |
| Vertragsverhältnisse in der PKV | 10 |
| Kann ich meinen PKV Schutz später ändern? | 12 |
| Kalkulation der PKV (Schaubild) | 13 |
| PKV und die Niedrigzinsphase? | 13 |
| Der Zins- und Zinseszinsseffekt und die Auswirkung auf Beiträge | 14 |
| Wie uns was zahlt die Private Krankenversicherung..... | 14 |
| Leistungsumfang der PKV..... | 15 |
| Hilfsmittel in der PKV | 15 |
| Heilmittel, Zahnleistungen..... | 16 |
| Selbstbeteiligungen in der Privaten Krankenversicherung..... | 17 |
| Wechselmöglichkeiten und Optionsrechte..... | 17 |
| Die Versicherungspflicht und deren Erfüllung..... | 18 |
| Wie funktioniert der Wechsel in die PKV | 19 |
| Die Gesundheitsprüfung | 21 |
| Kündigung der Vorversicherung | 23 |
| Beitragsberechnung..... | 23 |
| Beitragsrückerstattung | 25 |

| | |
|---|--------|
| Tarifgestaltung | 26 |
| Kompakttarife in der PKV | 27 |
| Bausteintarife in der PKV | 29 |
| Das Krankentagegeld | 32 |
| Bedarfsermittlung des Krankentagegeldes..... | 33 |
| Krankentagegeld und der Übergang zur Berufsunfähigkeit..... | 33 |
| Der gesetzliche Zuschlag | 34 |
| Beitragsentlastungstarife | 35 |
| Pflegergänzungsversicherungen | 37 |
| Leistungen der Pflegepflichtversicherung..... | 38 |
| Krankenhaustagegeldversicherungen | 41 |
| Für wen eignet sich eine Private Krankenversicherung..... | 43 |
| Beitragsentwicklung in der PKV..... | 43 |
| Fazit | 44 |
| Glossar | 47- 60 |

Vorbemerkung:

Mit diesem Leitfaden **gebe ich Ihnen einen Einblick** in die Systeme der Krankenversicherung in Deutschland, **erkläre Ihnen die Unterschiede** und Besonderheiten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Das hilft Ihnen nicht nur die Krankenversicherung und deren Besonderheiten zu verstehen, es vermeidet Fehlentscheidungen und spart Ihnen viel Geld, wenn Sie von Beginn an richtig und passend versichert sind.

Anders als Tests und Ratings manchmal vermuten lassen, gibt es nicht „den guten, oder den schlechten“ Tarif in der Privaten Krankenversicherung. Es gibt für jede Person, jeden Anlass und jede Situation aber besser passende und auch völlig ungeeignete Tarife. Daher sind auch Empfehlungen von Freunden, Kollegen oder Bekannten ungeeignet bei Ihrer Tarifauswahl.

Mit den, mehr als fünfzig privaten Krankenversicherungsunternehmen und deren zig unterschiedlichen Tarifen ist es für den Laien selbst bei viel vorhandener Zeit fast unmöglich, sich einen Überblick zu verschaffen und die „richtige“ Entscheidung zu treffen. Und ständig kommen neue Tarife hinzu. Neuigkeiten und Tarifeinführungen können Sie in meinem Blog unter <http://www.online-pkv.de/pkv-bu-blog/> nachlesen.

Dabei reicht es nicht aus, ein kurzes Onlineformular auszufüllen oder drei bis fünf Fragen zu beantworten, damit einem ein Berater dann den passenden und „einzig richtigen“ Versicherer und Tarif empfehlen kann. Zu der richtigen Wahl des Versicherungsschutzes, welche sich oft erst in Jahren oder Jahrzehnten als „richtig oder falsch herausstellt“, gehört auf Seiten des Beraters, aber auch auf der Interessentenseite einiges an Arbeit und Zeit, welche sinnvoll investiert werden will.

Durch meine mehr als 21-jährige Tätigkeit mit der ausschließlichen Spezialisierung auf die Bereiche Krankenversicherung, biometrische Risiken und Berufsunfähigkeit ist es jedoch möglich, den richtigen (und für Sie passenden) Tarif zu finden.

Die Herausforderung liegt darin, dass es auf die Frage „Welche Krankenversicherung ist denn gut?“ keine Antwort gibt oder geben kann. Durch die unterschiedlichen Ansprüche ist so eine Aussage nicht zu treffen. Vergleichen Sie es mit einem Auto, so kann ein Smart ebenso gut oder schlecht sein, wie eine Mercedes S-Klasse. Am Ende kommt es immer darauf an, wer was benötigt. Viel wichtiger ist jedoch in den letzten Jahren noch etwas anderes geworden. Flexibilität und Veränderbarkeit des Schutzes. In sich immer schneller verändernden beruflichen und privaten Situationen ist eine Anpassung des Schutzes heute, in zehn, zwanzig oder dreißig Jahren aber elementar wichtig.

Anforderungen und Kriterien, welche heute völlig unwichtig sind, können es in Zukunft sein. Ein Beispiel? Stellen Sie sich eine Wohnung vor. Nach der Eingangstür folgt ein Flur mit diversen Türen. Alle sind beschriftet. Mit „Ausland, Kinder, Selbstständigkeit, Wegzug, Angestelltenjob“ und vielen Themen mehr. Hinter jeder Tür verbergen sich andere Erfordernisse, mit denen die Krankenversicherung angepasst werden muss/ sollte.

Was Sie und auch sonst niemand will, dass eine Tür verschlossen bleibt und Ihnen Ihre Planung versperrt, nur weil der Krankenversicherer in X Jahren nicht mitgehen kann. Das zeigt sehr bildlich, welche Flexibilität in Form von Optionen und Anpassungen wir brauchen.

Mit diesem Leitfaden (oder nennen wir es E-Book) werden Sie in der Lage sein, die Unterschiede zwischen den beiden Krankenversicherungsmodelle zu verstehen und sich ein genaues Bild darüber zu machen, welches der beiden Systeme für Sie das passende ist.

Dabei geht es nicht nur um die heutige Situation, sondern auch um das Morgen. Kinder- und Familienplanung, Reisen, berufliche Veränderungen. All diese Situationen beeinflussen die Auswahl und Anpassung des Schutzes.

Aber auch Bedürfnisse hinsichtlich Leistungen ändern sich. So kann heute naturheilkundliche Medizin unwichtig sein, auch Psychotherapie mag Ihnen heute eher weniger wichtig erscheinen. Im Laufe des Lebens ändern sich Situationen, Gesundheit verändert sich und auch der Bedarf.

Andererseits ist auch in der Zukunft vielleicht mehr Kapital vorhanden, um einige Dinge einfach selbst zu finanzieren.

Der Krankenversicherer dient als Netz. Als doppelter Boden, der Sie schützt, wenn Kosten nicht allein getragen werden können.

Versicherer und auch oft Berater stellen in blumigen Worten dar, wie großartig ein Tarif oder ein Versicherer ist. Klingt auch besser! Aber viel wichtiger ist es doch, die Lücken eines Schutzes zu kennen, zu wissen wo die Grenzen sind und was nicht (mehr) geleistet wird. Nur wenn Ihnen absolut klar ist, welche Leistungen ausgeschlossen sind und was genau versichert ist, nur dann haben Sie Erfolg und sind mit Ihrem Tarif zufrieden.

Um eine solche Entscheidung jedoch nachvollziehbar treffen zu können, ist zunächst einiges an Informationen nötig. Nur wenn Ihnen klar ist was es gibt und welche Möglichkeiten bestehen, nur dann können Sie sich auch dafür oder gegen einen solchen Schutz entscheiden.

Auch hier wieder ein Beispiel.

Würden Sie ein Auto ohne Airbag kaufen? Das ist heute doch Standard?

Wenn Ihnen nie jemand von einem Airbag erzählt hätte, nie ein Wort über dessen Nutzen und die Schutzwirkung verloren hätte, würden Sie dann beim Kauf darauf achten?

So ist es auch in der Krankenversicherung. Solange Ihnen niemand etwas über Hilfsmittel, Palliativversorgung, beitragsfreie Elternzeit, Heilmittel oder enterale Ernährung erzählt und den Nutzen erklärt, solange können Sie auch für sich nicht entscheiden, was Sie davon brauchen und auf welche Bausteine Sie bewusst verzichten wollen und können.

Neben einer Brille, einem Zwei- oder Einbettzimmer oder anderen offensichtlichen Leistungen gibt es viel mehr solche, die Ihnen bisher nicht begegnet sind.

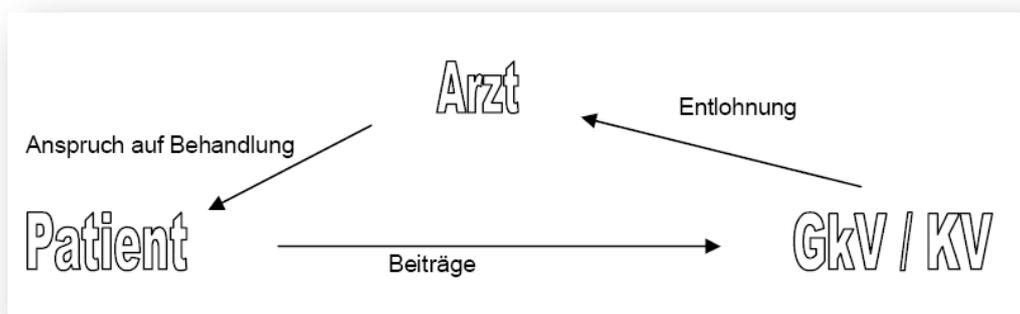
Daher ist mein Ziel in der Beratung eines. Sie fachlich so fit zu machen, damit Sie fundiert, mit Wissen über die Auswirkungen und Folgen einer Entscheidung, eine solche für sich fundiert treffen können.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung

Bevor Sie sich für den Wechsel in die Private Krankenversicherung entscheiden, sollten Sie sich mit den Grundlagen vertraut machen. Es handelt sich bei der Privaten Krankenversicherung um ein gänzlich anderes und differenzierteres System als die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht ein Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und Ihrer Krankenversicherung, das Ihnen einen Anspruch auf Sachleistung sichert. Das bedeutet nichts anderes als, Sie dürfen sich behandeln lassen.

Die Ärzte werden nach einem recht komplizierten System entlohnt, was an Budgets gebunden ist, und somit maximal begrenzt ist. Durch die Gesundheitsreform gab und gibt es weitere Einschränkungen und Reglementierungen, welche sich sowohl auf die Beiträge als auch auf die Leistungen auswirken werden. Behandelt der Arzt mehr als sein Budget hergibt oder verordnet er viele Medikamente, so bedeutet dies in der Regel das seine Einzelleistung weniger wert ist, oder im Umkehrschluss das der Arzt umsonst arbeiten muss. (Daher sinkt, verständlicherweise, die Motivation) Ebenso gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung das Gebot der Wirtschaftlichkeit. Nicht das beste Medikament wird verordnet, sondern das unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit geeignetste. Wirtschaftliche Interessen und der Zwang zum Sparen wird dabei oft über die medizinische Notwendigkeit gestellt. Dabei geht es gar nicht um die „schlimmen Einzelfälle“, sondern vielmehr um die alltägliche Versorgung die hier an Grenzen stößt. Es liegt nicht am Behandler, wenn dieser bestimmte Behandlungen nicht verschreibt, er darf es einfach nicht. Dadurch befinden sich auch Ärzte in einer Art Zwickmühle, denn wenn ein Patient dringend benötigte Medikamente braucht, oder Behandlungsmethoden welche nicht im Leistungskatalog enthalten sind, so können diese einfach nicht verordnet werden.

Um sich das jedoch zu verdeutlichen, dient das folgende Bild, welches die Vertragsverhältnisse und Verpflichtungen darstellt.



Die Beiträge die monatlich von den Kassen eingenommen werden, werden auch monatlich für die laufenden Ausgaben wieder benötigt. So etwas nennt man **Umlageverfahren**. Das funktioniert solange gut, wie mehr reinkommt als an Ausgaben benötigt wird.

Durch äußere Faktoren (sinkende Einkommen, mehr Arbeitslose u.a.) sinkt die Einnahmeseite ständig, die Ausgabenseite steigt aber immer mehr an. (neue, teurere Medikamente, bessere Behandlungsmethoden, längeres Leben) Die Leistungen werden gekürzt oder die Beiträge angehoben um dieses Ungleichgewicht wieder in den Griff zu kriegen- leider bisher nur mit mäßigem Erfolg.

Rückstellungen für die weiter steigenden Kosten oder eine Rückstellung für das Älterwerden der Menschen wird nicht gebildet. Daher ist ein weiterer Anstieg zu befürchten. Auch die Mehrwertsteuererhöhung wirkte sich aus, denn die Ausgaben steigen durch diese 3% natürlich auch. Zwar wirkt sich dieses nicht direkt auf die Beiträge aus, da diese von der Mehrwertsteuer befreit sind, aber durch Medikamente, Kosten bei Leistungserbringern, Hilfsmitteln und weiteren Leistungsbausteinen steigen diese natürlich auch.

Auch heute, wo Schlagzeilen wie „Gesetzliche Krankenkassen mit Milliardenüberschüssen“ zu lesen sind, ändert das nichts an dem System an sich. Die Überschüsse und besonders deren Verwendung werden diskutiert. Die Politik wollte Kassen zu Senkungen der Beiträge verpflichten, schaffte die Praxisgebühr wieder ab.

Die Kassen selbst wollen Geld für schlechte Zeiten zurücklegen, denn diese wissen um die veränderten Ausgabesituationen und wollen sich wappnen für zukünftige Engpässe. Auch hat sich in den letzten Monaten deutlich gezeigt, wie durch äußere Einflüsse (nicht nur durch die Pandemie) sich Kosten drastisch erhöhen und gleichzeitig die Einnahmen deutlich sinken können.

Durch die Gesundheitsreform, welche im Februar 2007 beschlossen wurde änderten sich einige wesentliche Punkte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zum einen gibt es ab 2009 einen einheitlichen Beitragssatz aller Kassen. Dieser liegt aktuell (2021) bei 14,6%. Daraus ergeben sich **keine Beitragsunterschiede in den gesetzlichen Kassen** mehr, diese können sich nunmehr nur noch durch Leistungen oder Zusatzbeiträge unterscheiden. Die Kasse kann den eigentlichen Finanzbedarf nun durch Zu- oder Abschläge regulieren, in bestimmten Grenzen.

Alle gesetzliche Krankenkassen haben bereits Zusatzbeiträge beschlossen, da diese mit den Finanzmitteln aus dem Gesundheitsfond nicht auskommen. Diese variieren aber derzeit stark. Von 0,39% bis hin zu deutlich über 2% benötigen die Kassen an Zusatzbeiträgen. Der Zusatzbeitrag wird seit 2019 wieder paritätisch finanziert. Das bedeutet nichts anderes, Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich auch den Zusatzbeitrag. Steigt dieser, können Kunden die Kasse wechseln. Auch sonst ist nach 12 Monaten ein vereinfachter Wechsel möglich.

Andere erstatten ihren Kunden im Rahmen von Bonusleistungen einige Kosten und so finden auch heute „Wanderungsbewegungen“ zwischen den Kassen statt, aber auch hier entsteht kein echter Wettbewerb. Gesunden Kunden, oder solchen die an Präventions- und Vorsorgemaßnahmen teilnehmen, werden Kosten erstattet.

Früher war es in der Vorstellung einfach unmöglich, eine gesetzliche Kasse könne insolvent werden, doch nach Szenarien bei der City BKK oder der Vereinten BKK ist auch dieses nun durchaus möglich. Dazu kommt auch, dass steigende Ausgaben und weitere Einflüsse die Einnahmenseite des Gesundheitsfond (und somit der Kassen) schmälern.

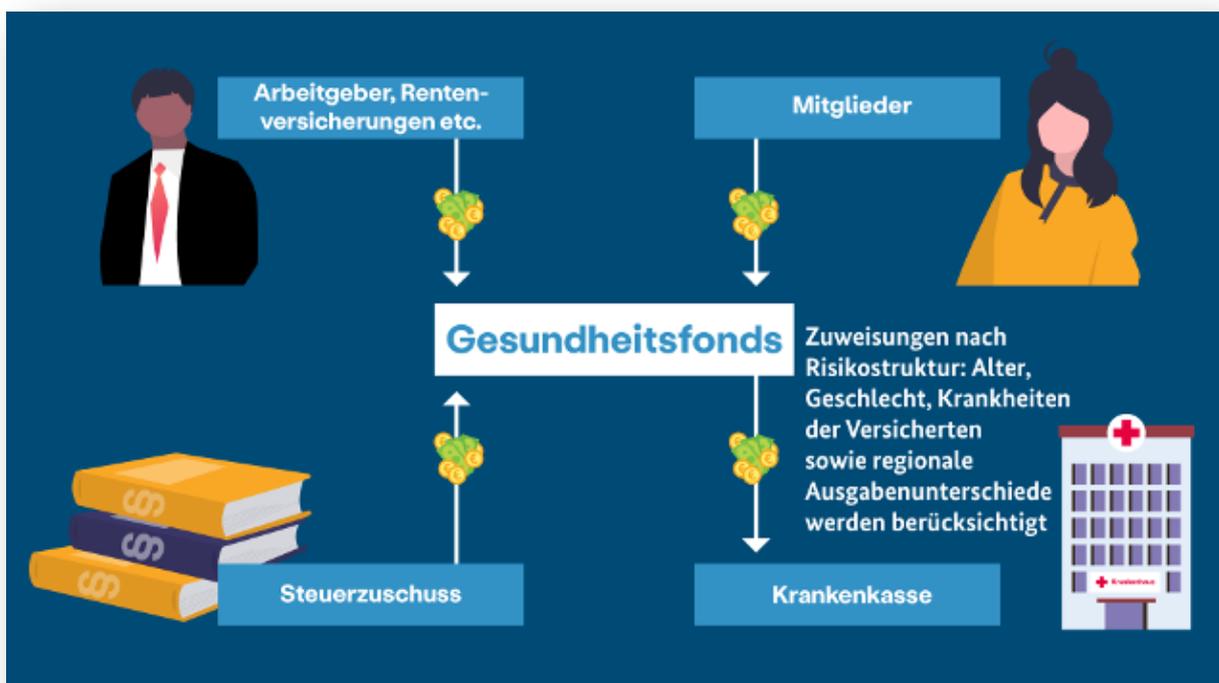
Immer mehr wird die Wirtschaftlichkeit zum entscheidenden Faktor. Es rückt der medizinische Faktor und die mögliche Entwicklung immer mehr in den Hintergrund, da das Finanzproblem größer wird und der Druck auf die Kassen und den Gesetzgeber somit stärker. Anders als in der privaten Krankenversicherung kann der Gesetzgeber durch Gesetze

und Verordnungen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung kürzen und einschränken. Schon heute ist die Versorgung in vielen Arztpraxen an die Frage gekoppelt, wie Sie versichert sind. Viele Leistungen versuchen die Ärzte durch so genannten IGEL (Individuelle Gesundheitsleistungen) abzudecken bzw. auszugleichen, da die Kassen diese nicht mehr bezahlen- natürlich zu Lasten der Beitragszahler.

Auch wenn der Sinn und medizinische Nutzen bei einigen dieser Leistungen in Frage gestellt wird, klar ist das sich die Leistungen der GKV in den letzten Jahren zum Teil deutlich spürbar verschlechtert haben und weiter angepasst werden müssen um dem Kostendruck stand halten zu können. Auf der anderen Seite, der Privaten Krankenversicherung, finden oft auf Seiten der Ärzte Übertherapien statt und Patienten werden mehr als nötig untersucht und behandelt, denn der Arzt verspricht sich davon höhere Einnahmen.

Hier ist es ebenso wichtig, dass Sie als Patient eigenverantwortlich entscheiden und auch Therapiemaßnahmen hinterfragen. Nicht bei jedem kleinen Rückenschmerz ist ein MRT oder CT sofort nötig, auch wenn eine Praxis da gut dran verdient. Doch zurück zur GKV:

Stark vereinfacht sieht der Gesundheitsfond wie folgt aus:
(QUELLE: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsfonds.html>)



Um die steigenden Kosten irgendwie in den Begriff zu kommen, werden weitere Maßnahmen angedacht/ eingeführt. Dazu gehört auch wer **Vorsorgeuntersuchungen versäumt**, muss später bei schweren Erkrankungen mehr dazu zahlen; Komplikationen nach Piercings und Tätowierungen werden von den Kassen nicht mehr übernommen.

Auch wird eine Zweitmeinung bei teuren Medikamenten und aufwendigen Untersuchungen zur Pflicht. Weiterhin werden immer mehr Fälle bekannt, wo Behandlungen einfach verweigert werden und damit nicht nur der Heilungsprozess verzögert, sondern manchmal auch verschlimmert wird. Dabei tauchen auch Fragen auf, ob alte Menschen bestimmte

Leistungen noch benötigen, wenn die Lebenserwartung nur noch gering ist, oder wann bestimmte Behandlungsmethoden noch medizinisch sinnvoll sind.

Die Versorgung mit Medikamenten hat sich in den letzten Jahren für die gesetzlich versicherten deutlich verändert. Durch neue Rabattverträge und Vorgaben entscheidet nicht mehr der Arzt über das Präparat, sondern nur über den Wirkstoff. Der Apotheker muss dann, aus einer sich ständig ändernden Liste, das Medikament heraussuchen. Hier ist es entscheidend, mit welchem Hersteller Ihre Krankenkasse einen Rabattvertrag hat. Wechseln Sie die Krankenkasse oder ändert diese Ihre Rabattverträge, bekommen Sie in der Apotheke nicht mehr das Medikament, welches Sie über Jahre hatten, sondern das eines anderen Herstellers.

Patienten werden kränker gemacht

Auch das ist ein Phänomen. Schauen Sie sich einmal Ihre Krankenakte an und fordern die Patientenquittung bei der Kasse an. Das Recht steht hier auf Ihrer Seite, sowohl Kasse aber auch der Arzt müssen diese Informationen aushändigen. Auf meiner Seite unter „Downloads“ finden Sie hier die passenden Formulare.

In der Vergangenheit gab es daher nicht nur einen handfesten Skandal. Kassen „überredeten Ihre Vertragsärzte“, den Patienten kränker zu machen und mehr Diagnosen abzurechnen. Warum? Weil dann die (risikoabhängigen) Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond höher waren. Hatte die Kasse (auf dem Papier) mehr kranke Patienten, gab es mehr Geld.

Ein großes Problem in der GKV ist aber immer noch nicht gelöst- die nötige Kapitaldeckung um dem demographischen Wandel entgegen zu wirken. Waren früher viele Menschen Einzahler und wenige Leistungsempfänger, so rechnete sich das System. Doch heute, bei einer sehr weit gestiegenen Lebenserwartung und gestiegenem medizinischem Fortschritt sieht die Situation schon anders aus. Wer 2020 geboren wird, der hat laut statistischem Bundesamt eine Lebenserwartung von 78,64 Jahren (Männer) bzw. 83,40 Jahren. Etwas mehr als 10 Jahre zuvor lag diese bei 77,5 und 82,59 Jahren. Schön ist es sicher, dass unsere Kinder nun länger leben können, doch wer zahlt die Kosten für die Jahre? Jahre, in der auch medizinische Leistungen erbracht werden, Pflegekosten bezahlt werden müssen und das alles, obwohl nicht mehr Geld in die Kassen kommt.

Dazu kommt auch der Fortschritt der Medizin. So hart das klingen mag, aber denken Sie an Ihre Großeltern und Urgroßelterngeneration. Dort gab es eine Reihe von Krankheiten, welche in kurzer Zeit zum Tode führten. Heute lässt sich das Leben hier deutlich verlängern.

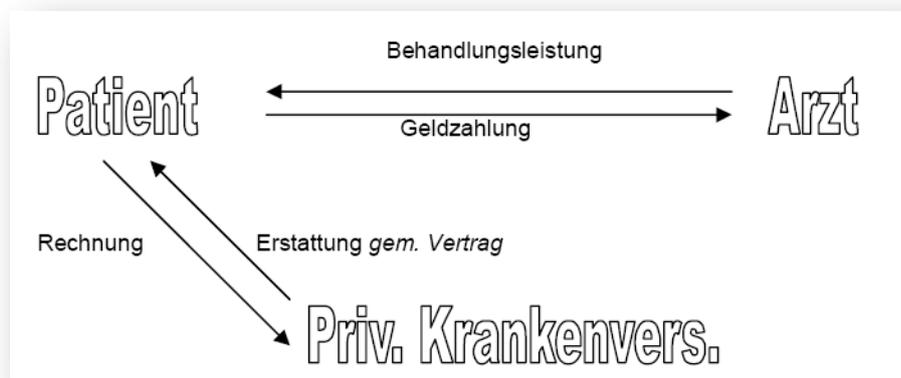
Nicht immer ist es sinnvoll und es ist eine schwere, ethische Diskussion. Pflege und der Bedarf an Betreuung steigen immer weiter an. Die letzten Jahre des Lebens kosten bei vielen Menschen, die pflegebedürftig und krank sind, immens viel Geld. Aber wir können Leben erhalten und verlängern. Es muss aber am Ende jemand bezahlen.

Daher ist es wichtig, gerade bei der Pflege und den dort entstehenden Kosten zusätzlich vorzusorgen. Eine Pflegezusatzversicherung ist heute keine Frage des Alters, sondern ein Must-Have in der Ergänzung zur GKV und/ oder PKV.

Das System der Privaten Krankenversicherung

Anders als in der gesetzlichen Krankenkasse ist die Grundlage der Vertragsgestaltung bei der Privaten Krankenversicherung eine andere. Dort werden die (statistischen) Kosten berechnet, der Gesundheitszustand und das Eintrittsalter beeinflussen diese natürlich und danach wird eine Prämie für die versicherten Leistungen kalkuliert. Somit ist zumindest hier der demographische Wandel nicht das große Problem, denn steigende Lebenserwartungen (und damit mehr Jahre der Ausgaben) werden als so genannte Sterbetafeln in die Tarife mit einkalkuliert. Das bedeutet aber auch, steigende Beiträge. Irgendwo muss das Geld was am Ende mehr ausgegeben wird schließlich auch herkommen. Doch schauen wir uns zunächst einmal das Modell der Privaten Krankenversicherung näher an:

Es bestehen natürlich auch hier vertragliche Verpflichtungen zwischen den handelnden Personen. Wie diese aussehen sehen Sie hier:



Der entscheidende Unterschied gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung ist, dass der Arzt all das leisten kann, was **Sie** wünschen und dieses entsprechend gesetzlichen Vorschriften an **Sie** berechnet.

Maßgebend ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ). Auch Heilpraktiker haben eine solche Gebührenordnung, die GebüH. Weiterhin ist auch eine Honorarvereinbarung möglich, die eine (fast) freie vertragliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient über das Honorar zulassen. Doch anders als in der gesetzlichen Krankenkasse gilt hier (mal ganz umgangssprachlich) folgender Grundsatz:

„Wer die Suppe bestellt, zahlt diese auch.“

Das bedeutet nichts anderes, als das Sie mit ihrem Arzt alle Leistungen vereinbaren können und diese all das was er tut auch berechnen kann und wird. Was Sie davon tatsächlich von Ihrer Versicherung erstattet bekommen, hängt entscheidend von den Leistungen des Tarifes ab. Ihre Versicherung ist somit „nur“ das Auffangnetz, damit Sie nicht auf (allen) Kosten sitzen bleiben. Ihr Backup, wie eingangs schon erwähnt.

Die Private Krankenversicherung hat mit dem Arzt selbst **keinerlei** Vertragsverhältnis. (Einzige Ausnahme: Der ab 2009 gültige Basistarif. Hier kann eine Abrechnung der Leistungen direkt zwischen Arzt und Versicherung erfolgen, beide haften gegenüber dem

Arzt gesamtschuldnerisch. Doch Vorsicht ist bei dem Basistarif geboten. Hier ist es nicht zwingend so, dass die Leistungen welche der Arzt berechnet auch alle übernommen werden, so dass man seinen Arzt zwingend darauf hinweisen sollte, eine Abrechnung nach Basistarif zu benötigen. Alle Ärzte, die eine Zulassung zur Behandlung der GKV Patienten haben, die s.g. Kassenzulassung, müssen Sie auch behandeln, der Arzt der eine Privatpraxis betreibt nicht.)

Zusammengefasst: Sie schulden dem Arzt die Bezahlung der Rechnung, wie auch er nur Ihnen zur Leistung verpflichtet ist. Was Sie davon von Ihrer Krankenversicherung letztendlich erstattet bekommen, ist davon abhängig was Sie versichert haben. Nur das was vertraglich vereinbart und entsprechend fixiert ist, wird erstattet. Private Krankenversicherungen werden auch nur das bezahlen, was in den Bedingungen steht und somit das, wofür auch eine Prämie bezahlt wurde.

Dabei kann es somit also passieren, dass ärztliche Leistungen an den Arzt zu zahlen sind, von der Versicherung aber nicht zu erstatten. Daher- wie eingangs erwähnt- ist es überaus wichtig sich mit dem eigenen Tarif und Schutz zu beschäftigen. Auch kann die Nutzung von vertraglichen Optionsrechten sinnvoll sein, wenn während der Laufzeit des Vertrages neue Krankheiten aufgetreten oder besserer Schutz gewünscht wird. Sind solche Wechsellmöglichkeiten im Vertrag vorhanden, kann Ihr Versicherungsschutz auch mit bestehenden Erkrankungen verbessert werden.

Kulanz hat in der Erstattung nichts zu suchen

Auch heute vielleicht erbrachte Kulanzzahlungen sind grundsätzlich nicht zulässig, da diese eine Veruntreuung von Versicherungsgeldern darstellen. Wenn Sie jahrelang gesund sind und Ihre Krankenversicherung nicht benötigen, möchten Sie sicher auch keine steigenden Beiträge, nur weil alle anderen aus Kulanz Erstattungen bekommen.

Andererseits werden in der Privaten Krankenversicherung die Leistungen nur dann erstattet, wenn diese medizinisch notwendig sind und gerade hierbei streiten sich bei manchen Methoden und Medikamenten die Geister. Ist nun das teure Medikament nötig, oder reicht auch eine günstige Variante- diese Frage ist oftmals der Dreh-und-Angelpunkt bei der Erstattung und einige Unternehmen versuchen, sich hierrüber aus der Leistungspflicht zu stehlen. Auf der anderen Seite sind einige Ärzte auch, sagen wir mal so, sehr kreativ was die Ausgestaltung der Rechnungen angeht.

So ist zum Beispiel eine Abrechnung über den Regelhöchstsatz von 2,3fach nur dann möglich, wenn Gründe vorliegen, die eine solche rechtfertigen. Nun soll es Abrechnungssoftware für Ärzte geben, die bei der Eingabe einer Rechnungsposition schon einmal eine Reihe von möglicher Gründe vorschlägt, welche eine erhöhte Abrechnung rechtfertigen könnten.

Damit Sie sich vorstellen könne, was ich genau damit meine, hier mal ein kleines Beispiel aus meiner eigenen Beratung.

Einer meiner Kunden ging seit Jahren zum gleichen Zahnarzt. Dort ließ er für sich und seine Tochter jährlich eine Zahnreinigung durchführen und bezahlte (da auch schon in der GKV

allein zu bezahlen) 80 EUR an den Zahnarzt. Nachdem dieser nun privat versichert war, war die jährliche Untersuchung wieder dran und siehe da- plötzlich stehen 130 EUR auf der Rechnung. Auf Nachfrage warum denn die, seit Jahren gleiche Behandlung nun um mehr als 50% teurer sei antwortet der Zahnarzt: „Sie sind ja privat, die können auch höhere Sätze zahlen.“

Auch das ist eines der Probleme der Privaten Krankenversicherung und führt zu schnell steigenden Ausgaben und Beiträgen. Doch sicher ist das nicht allein der Grund, mehr dazu weiter hinten im Leitfaden.

Daher ist es sehr wichtig, die Entscheidung für oder gegen die Private Krankenversicherung, insbesondere für oder gegen Tarife und vertragliche Ausgestaltungen, grundsätzlich zu prüfen und sorgfältig zu überlegen welche persönlichen Ansprüche bestehen und wie diese am besten versichert werden können.

Sonst wird im Leistungsfall ziemlich schnell klar, dass Nachlässigkeiten bei der Auswahl oder die Zielsetzung möglichst billig versichert zu sein, schnell teuer werden. Solche Fehlentscheidungen sind später schwer oder gar nicht mehr zu korrigieren, daher nehmen Sie sich bei der Entscheidung und Auswahl genügend Zeit.

Kann ich meinen Schutz denn später nicht mehr ändern?

Generell ist der Vertrag, welchen Sie mit ihrem Versicherer geschlossen haben, bindend für beide Seiten. Der Versicherer kann Leistungen nicht kürzen, Sie aber auch die Leistungen nicht einfach erhöhen. Eine Erhöhung der Leistungen führt dazu, dass der Versicherer das Risiko ob er Sie versichern möchte, neu prüft und eine solche Verbesserung entweder ablehnen kann, oder aber einen Zuschlag wegen bestehender Erkrankungen nehmen kann. Einige Unternehmen bieten aber für solche späteren Änderungen Optionen oder Wechselrechte an und ermöglichen somit die Veränderung des einmal geschlossenen Vertrages. Auch hierzu später mehr.

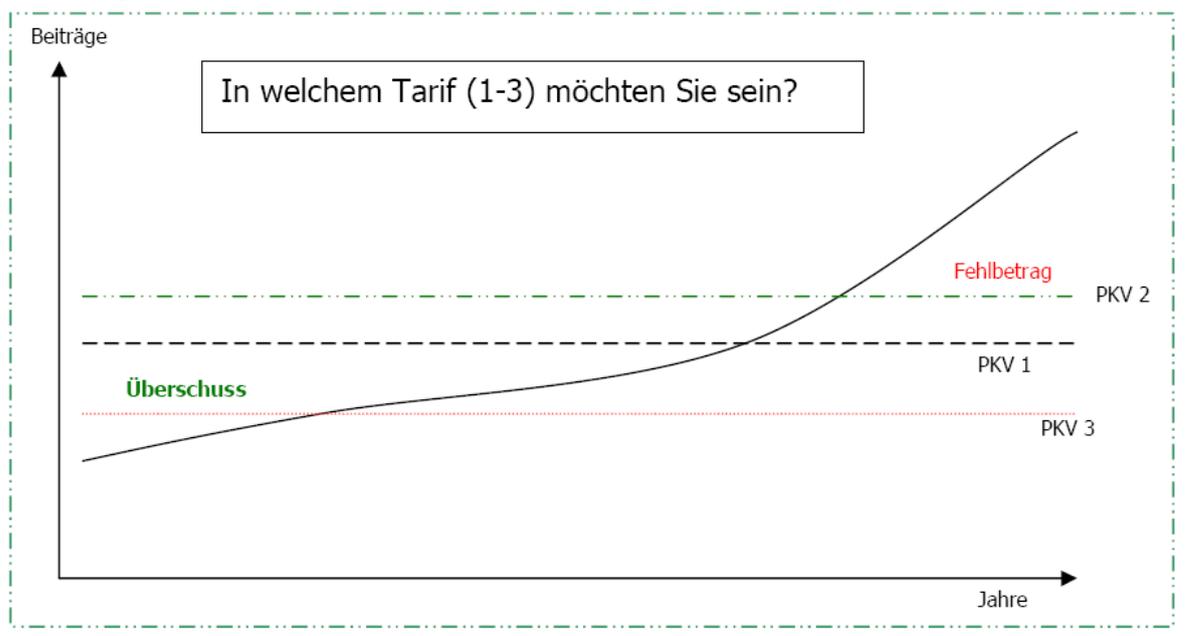
Es ist keinesfalls unüblich, dass die in der Werbung so gelobten „Billigtarife“ der Privaten Krankenversicherung in verschiedenen Bereichen schlechtere Versorgung bieten, als die gesetzliche Krankenversicherung. Hier gibt es eben keinen gesetzlich festgelegten Leistungsrahmen, sondern individuelle Vereinbarungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer.

Eine private Krankenversicherung für 99 EUR mit Rundumschutz (wie oft beworben) kann aus rein wirtschaftlichen Gründen unmöglich funktionieren. Meistens werden aber bei solchen Anzeigen und den daran anschließenden Beratungen die „tollen Leistungen“ gelobt. Sollte auch Ihnen das passieren, so fragen Sie nach Details, Leistungsszenarien und Einschränkungen und lesen die Versicherungsbedingungen genau durch.

Auch sollten Sie sich bei jedem noch so großartigen Angebot immer fragen: „Wie geht das?“

Wechseln Sie aus einem System GKV in ein neues System PKV, so kann dieses langfristig unmöglich viel leistungsfähiger und viel besser sein, dabei aber gleichzeitig viel weniger Beiträge kosten. Gesundheit kostet Geld- immer!

Wie arbeitet die PkV oder: Warum ist eine teurer als die Andere ? (das folgende Schaubild sollte im Gespräch erläutert werden)



PKV und die Niedrigzinsphase(n)

Seit einigen Jahren beschäftigt und zudem noch ein anderes Problem, welches auch oder gerade vor der PKV nicht Halt machen kann. Niedrige Zinsen.

Dazu ist zunächst wichtig zu verstehen, wo diese Zinsen entstehen und benötigt werden. Sehr vereinfacht können Sie den monatlichen Beitrag, welchen Sie bezahlen, in verschiedene Bausteine aufteilen.

- Teil 1) Deckt Kosten der Gesellschaft für die Abwicklung von Leistungen, Beratung und Vertragsgestaltung. Darin sind auch Kosten für das Unternehmen selbst, den Berater oder andere laufende Kosten enthalten.
- Teil 2) Kosten für vertragliche Leistungen. Dabei sind nicht nur Untersuchungen, Labore, Arzthonorare und dergleichen relevant, sondern auch Vorsorgeleistungen und Präventivmaßnahmen. Diese Kosten lassen sich statistisch erfassen und berechnen. Ein junger Patient hat somit Kosten in Höhe von X, ein älterer zum Beispiel von X+Y.
- Teil 3) Hier handelt es sich um einen Sparanteil. Ein Teil Ihres Beitrages muss zurückgelegt werden und dabei spielt natürlich auch Ihre (erwartete) Lebenserwartung eine Rolle. Aber zunächst zu der Rücklage und den Zinsen. Nehmen wir an, in 37 Jahren benötigen wir für Sie und Ihre dann bis Lebensende anfallenden Kosten für Ihre Gesundheit einen Betrag von 200.000 EUR. Dieser Betrag soll dann bis zum Lebensende reichen.

Der Zins- und Zinseszinsseffekt

Um diese 200.000 EUR in den kommenden 37 Jahren zu erreichen, muss der Versicherer für Sie einen Zins kalkulieren und dann entscheiden, welchen Betrag er an Beitrag „weglegen“ muss.

Bei einem dauerhaften Zins von 3,5% benötigen Sie 222,67 EUR über 37 Jahre und das jeden Monat.

Nun trifft auch die Niedrigzinsphase (das sehen Sie bei Ihren Sparanlagen) die Private Krankenversicherung. Erwirtschaftet diese nun nicht mehr 3,5%, sondern nur noch 3% (also knapp 15% weniger Zins), so steigt Ihr nötiger Sparanteil auf ...?

Richtig, auf 247,83 EUR und somit um knapp 11%.

Machen wir noch einen Schritt und unterstellen einen Zins von nur noch 2,25%, dann steigt der monatlich nötige Betrag, welcher investiert werden muss, auf 289,91 EUR.

Ihre Beitragsanpassung läge, ohne dass der Versicherer hier etwas dafür kann oder beeinflusst, nun bei + 67 Euro.

In diesen Anpassungen ist keineswegs eine Steigerung von Kosten oder die längere Lebenserwartung enthalten, sondern nur der Effekt aus der Niedrigzinsphase. Steigen die Zinsen wieder, führt auch das wieder zu einer Senkung der Beiträge.

Auch in der gesetzlichen Krankenkasse steigen die Beiträge, dieses hat aber zunächst nichts mit den niedrigen Zinsen zu tun. Die Steigerungen des Beitragssatzes liegt an steigenden Kosten um den Kassen ein Defizit zu vermeiden. Für alle freiwillig gesetzlich Versicherten steigt zudem jedes Jahr die Beitragsbemessungsgrenze an. Diese bestimmt, bis zu welchem Betrag das Einkommen mit Beiträgen belegt wird.

Wie und was zahlt die Private und Warum (nicht)?

Eins sollte jedoch klar sein:

Auch die Private Krankenversicherung zahlt nicht immer, alles egal wie die Rechnung aussieht. Auch hier gibt es Einschränkungen, Begrenzungen und Höchstgrenzen.

Probleme bei der Abrechnung resultieren in vielen Fällen daraus, dass Ihnen **vor** Vertragsabschluss nicht erklärt wird, was eben nicht oder nur eingeschränkt versichert ist und warum dieses so ist. Vielmehr wird suggeriert, „alles wird bezahlt, Sie sind ja privat“ Vertragliche Grundlagen zur Erstattung sind aber:

1. Die **Musterbedingungen** (MB KK, MB KT)
Sie beinhalten die Forderungen des VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und erweitern/ verändern sie. Um also Tarife zu vergleichen müssen Sie alle Vertragsbedingungen und entsprechende Tarifbedingungen lesen und vergleichen.

Was in Teil I noch vorhanden ist, kann auch in den Tarifbedingungen ausgeschlossen oder eingeschränkt sein.

2. Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)** bauen auf den Musterbedingungen auf, die dürfen diese nur verbessern, aber weder einschränken noch ersetzen. Der für Sie zunächst wichtigste Abschnitt sind die Leistungen des Versicherers. Hier muss für genau den Tarif, den Sie sich ausgewählt haben, der Leistungsumfang dargestellt werden.
3. Wichtig ist auch immer, was nicht im Leistungsumfang enthalten und deshalb nicht in den Bedingungen genannt ist. Und noch was: Kulanz ist schön für denjenigen der diese bekommt, aber nie garantiert und schlecht für alle die noch in dem Tarif versichert sind, und im Übrigen verboten.

Um bei der Tarifauswahl an wichtige Punkte zu denken, sollten Sie unter anderem:

Die Hilfsmittel:

- ✓ *bei den Beschreibungen der Heil- und Hilfsmittel auf eine umfassende Erstattung (möglichst ohne geschlossenen oder mit sehr umfangreichem Hilfsmittelkatalog) achten. Formulierungen wie zum Beispiel „Prothesen“ sind schlechter als „Körperersatzstücke“, lebenserhaltende Hilfsmittel sollten genannt sein. Jedes nicht genannte Hilfsmittel, auch wenn es heute nicht bekannt ist, ist bei einem geschlossenen und nicht erweiterbaren Katalog nicht versichert. Achten Sie auch auf Fragen wie die Erstattung von Nahrungsmitteln bei bestimmten Stoffwechselerkrankungen, Leistungen wie die Reparatur eines Hilfsmittels, einen Blindenhund etc.*
Doch gerade bei den Hilfsmitteln ist es fast undurchschaubar was genau benötigt wird. Man mag sich gar nicht vorstellen, dass man später einen Rollstuhl, ein medizinisches Krankenbett, eine Dialyse zu Hause oder was auch immer braucht, das kann ich auch gut nachvollziehen. In der gesetzlichen Krankenkasse brauchen Sie das auch nicht. Dort gibt es einen festen Katalog der Hilfsmittel, welcher sich im Laufe der Jahre verändert. Manche kommen dazu, andere fallen wieder raus und auch hier gilt immer das Gebot der Wirtschaftlichkeit.
In der PKV gibt es (ganz vereinfacht) drei Modelle. Den geschlossenen Katalog, den offenen Hilfsmittelkatalog und etwas dazwischen. Die letztgenannte Variante ist ein geschlossener Katalog, der aber auch offene Formulierungen enthält. So kann der zum Beispiel so aussehen: (Hallesche KV, Tarif NK)

1.7 Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

Es besteht Versicherungsschutz **für folgende** medizinische Hilfsmittel: Absauggeräte*, Applikationshilfen (Medikamente/Nahrungsmittel), Atemmonitore*, Bandagen, Beatmungsgeräte, Behindertendreirad, (und so weiter) **UND anschließend folgende Formulierung:**
Darüber hinaus sind grundsätzlich lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Dann müsste man doch immer Tarife mit offenen Hilfsmittelkatalogen bevorzugen?

Nicht zwingend. Denn jede Leistung auf der einen Seite, zieht auch eine Beitragsentwicklung auf der anderen Seite nach sich. Um so leistungsfähiger Tarife sind, um so mehr können die Kosten und auch die Beiträge steigen.

Um im Falle der Hilfsmittel diese Kostenentwicklung zu begrenzen und zu beeinflussen, führen Versicherer Methoden wie das Hilfsmittelmanagement. Dieses verpflichtet in manchen Tarifen den Kunden, ein Hilfsmittel über den Versicherer zu kaufen.

Tut dieser das nicht, so ist der Versicherer nur zu der Leistung verpflichtet, die er sonst über seinen Kooperationspartner oder Bezugsweg auch hätte leisten müssen.

Auch wenn es auf den ersten Blick aufwändig klingt, so trägt dieses doch zur Kostenbegrenzung von manchmal mehr als 20% bei.

- ✓ *bei Tarifen auf Heil- oder Hilfsmittelverzeichnisse achten und die Anpassungsmöglichkeit für die kommenden Jahre. Heute kann eine Preisgrenze von 1.000 EUR für ein Hilfsmittel hoch und/ oder ausreichend sein. Sind 1.000 EUR in 10/20 Jahren aber noch 1.000 EUR nach heutiger Kaufkraft? Stichwort Inflation! Doch auch eine andere Einschränkung findet sich in manchen Vertragswerken. So ist in einigen offenen Katalogen zu lesen, man zahle nur die „einfache Ausführung“. Was genau das ist, darüber lässt sich im Leistungsfall vortrefflich streiten. In der Vergangenheit hab es unter anderem gegen die Continentale KV mehrere Urteile hierzu. Die Richter teilten die Auffassung des Versicherers „einfach meine dann das billigste Modell“ nicht. Doch wer mag sich schon im Fall eines dringend benötigten Hilfsmittels mit dem Versicherer jahrelang vor Gericht streiten?*

Die Heilmittel:

- ✓ *Bei Heilmitteln (Massagen, Logopädie, Ergotherapie, etc.) achten Sie nicht nur darauf ob diese erstattet werden. Schauen Sie sich genau an wie und in welchem Umfang eine Erstattung erfolgt. Nur weil der Arzt es verordnet heißt es nicht, dass es bezahlt werden muss. Die Anzahl der Behandlungen sollte nicht eingeschränkt sein, da meist nicht planbar ist, wie viele solcher Behandlungen gebraucht werden. Was nützt Ihnen eine Werbeaussage „100% für Heilmittel“ wenn nur 20 Behandlungen bezahlt werden? Auch hier machen sich unterschiedliche Aussagen und Ausgestaltungen am Markt breit. Einige Unternehmen geben Empfehlungen, andere verwenden vertraglich vereinbarte Heilmittelverzeichnisse und beschränken die Leistungspflicht damit auf absolute Beträge.*

Zahnleistungen:

- ✓ *auf Einschränkungen der Zahnleistungen z.B. durch Zahnstaffeln oder feste Obergrenzen achten, Sprechen Sie ggf. vor Abschluss mit Ihrem/ einem Zahnarzt um eine Vorstellung zu bekommen ob die Kosten ausreichend sind*

Selbstbeteiligungen:

- ✓ *schauen Sie sich Selbstbehalte und ihre Definition (absolut, prozentual, gedeckelt) an. In welchen Bereichen gilt der Selbstbehalt? Für alle, nur ambulante oder nur stationäre Behandlungen? Was passiert im Alter? Kann der Selbstbehalt verändert werden, ohne dass eine neue Gesundheitsprüfung erforderlich ist?*

Wechselmöglichkeiten und Optionen:

- ✓ *fragen Sie: Wie sind Wechseloptionen geregelt? Kann der Versicherungsschutz verbessert werden, auch wenn bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen vorhanden sind? Dazu sind unterschiedliche Modelle am Markt präsent.*
- ✓ *Einige Unternehmen haben feste Termine in die Tarife geschrieben. So kann nach 3, 5 oder 9 Jahren gewechselt werden. Andere hingegen bieten zusätzliche Optionstarife an und ermöglichen hierüber einen Wechsel. Gerade bei einem solange laufenden Vertrag ist eine flexible Gestaltung unverzichtbar.*
- ✓ *lesen Sie nach, ob es Möglichkeiten gibt, die Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umzuwandeln, denn wenn Sie wieder in die GKV zurückmüssen, weil zum Beispiel Versicherungspflicht eintritt, brauchen Sie einen Rechtsanspruch auf Veränderungsmöglichkeit um eine Zusatzversicherung zu bekommen.*

Dieses könnte sonst verwehrt werden, wenn der Gesundheitszustand sich verschlechtert hat und ist aus zwei Gründen wichtig. Einer der Gründe ist die Frage was mit den gezahlten Beträgen passiert, welche in den Altersrückstellungen enthalten sind. Wo bleiben die ei einer Rückkehr in Zukunft? Ein anderer, aber vielleicht viel wichtiger Grund ist die Möglichkeit den Versicherungsschutz auch bei Rückkehr in die GKV zu erhalten und diesen dort zu verbessern. Einer meiner Kunden und Krebspatient, welcher in die GKV zurückmuss weil Versicherungspflicht eintrat war mehr als froh auch zukünftig sein Krankenhaus und den Spezialisten selbst wählen zu können. Ein Neuabschluss wäre mit einer solchen Vorerkrankung schlichtweg unmöglich.

- ✓ *Was passiert im Ausland? Können Sie Ihre Versicherung anpassen/ mitnehmen oder ruhen lassen? Wissen Sie ob Sie die nächsten 10, 20 oder 30 Jahre ausschließlich in Deutschland leben werden? Wissen Sie ob der Arzt, den Sie für Ihre Erkrankung gern konsultieren würden, dann noch in Deutschland praktiziert? Natürlich ist dieses für viele Kunden nie ein Thema, für andere hingegen schon. Aus diesem Grund ist es eben wichtig, den FÜR SIE WICHTIGEN Schutz zu erkennen und einen passenden Tarif zu wählen.*
- ✓ *auf begrenzte Leistungen für Heilpraktiker und Psychotherapeuten und auf eventuell bestehende Wartezeiten sollten Sie auch achten. Auch wenn solche Leistungen derzeit unwichtig und nicht relevant erscheinen, denken Sie daran das es sich um eine Entscheidung für die kommenden Jahre handelt. Wer weiß schon, ob nicht bei zukünftigen Erkrankungen auch eine psychologische Beratung/ Behandlung nötig*

wird und wer weiß, ob Stress auch psychosomatische Folgen hat? Auch eine begleitende Behandlung bei schweren Erkrankungen, Krebs oder anderen äußeren Einflüssen ist denkbar und sollte hier umfänglich abgesichert sein.

Sie sehen, dass es eine Vielzahl von Punkten und Kriterien gibt, die bedacht und beachtet werden müssen. Daher ist die Auswahl der Privaten Krankenversicherung und des entsprechenden Tarifes ein langfristiger und wachsender Prozess, welcher Schritt für Schritt entwickeln werden muss. Auf meiner Homepage unter <http://www.online-pkv.de> finden Sie im Downloadbereich einen ausführlichen Fragebogen zu den Auswahlkriterien der PKV. Nutzen Sie diesen und sprechen Sie Punkt für Punkt mit Ihrem Berater durch.

Die Versicherungspflicht und deren Erfüllung:

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben besteht in Deutschland Versicherungspflicht deren Nichterfüllung an Sanktionen und Strafen gebunden ist. Eine Erklärung dazu finden Sie in dem nun folgenden Auszug aus einem meiner Blogbeiträge.

Grundsätzlich besteht in Deutschland Versicherungspflicht in der Kranken-/ Pflegeversicherung und jeder Bürger muss einen entsprechenden Versicherungsschutz nachweisen. Dieses ist jedoch noch nicht der Fall. In einem meiner früheren Beiträge hatte ich bereits darauf hingewiesen.

Die gesetzliche Grundlage für die Versicherungspflicht findet sich im § 193 VVG und lautet wie folgt:

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Dennoch gibt es nach wie vor eine Reihe von Nichtversicherten, welche sich nicht an die Versicherungspflicht halten oder sich gar nicht der Sanktionen bewusst sind. Nun, das kann zu einem "teuren Vergnügen werden", denn weiter regelt der eben zitierte Paragraph:

(4) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht (Anm. 01.01.2009) nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

Nehmen wir folgendes Beispiel:

Ein Selbstständiger, Mitte 40 ist nicht versichert. Ab 01. 01. 2009 hätte er die Versicherung nach den oben genannten Voraussetzungen haben müssen. Nehmen wir weiter an, er wäre nicht im

Basistarif sondern "normal" versicherbar und die Monatsprämie zur Krankenversicherung beträgt 350 EUR monatlich. Er versichert sich erst ab dem 1. 08. 2009.

Folgende Kosten entstehen nun:

Januar 2009: 350 EUR mtl. Beitrag,

Februar 2009 - Juli 2009: 350 EUR Beitrag + 350 EUR Strafe p.M.

August 2009: 350 EUR Beitrag, da Vers.Pflicht erfüllt

Somit gesamt: 2.800 EUR + 2.100 EUR Strafe für die Nichterfüllung der Versicherungspflicht.

Der Versicherer darf auf den Zuschlag, spricht die Strafe nicht verzichten, da diese gesetzlich geregelt ist und auch der einzelne Versicherer davon nicht (zum Vorteil des Kunden) abweichen darf. Dennoch gibt es Mittel und Wege die Nachzahlung in "erträglicheren Rahmen zu halten" und den Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Antragstellung so optimal als möglich zu gestalten. Dieses ist jedoch nicht pauschal zu beantworten, sondern muss individuell geprüft werden.

Wie funktioniert der Wechsel zur PKV?

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung, die alle Versicherungspflichtigen aufnehmen muss, kann der private Krankenversicherer auswählen, wen er versichert. Es besteht **kein** Rechtsanspruch auf den Vertragsabschluss.

Eine Ausnahme besteht nach der Gesundheitsreform jedoch. Für „der PKV zugeordnete Personen“ besteht ein Aufnahmewang ohne Risikoprüfung und ohne Aufschläge im sogenannten Basistarif. Die Prämie und die Leistungen orientieren sich an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und ändern sich entsprechend auch mit deren Leistungskatalog. Der Basistarif ist jedoch mit einem Höchstbeitrag von mehr als 760 EUR (2021) nur eine Notlösung und sicher nicht erstrebenswert. Auch bei Beamten gibt es noch eine abweichende Lösung. Durch die so genannte Öffnungsaktion ist bei der erstmaligen Verbeamtung unter definierten Kriterien eine Aufnahme in die PKV auch dann möglich, wenn Vorerkrankungen dieses sonst verhindern würden. Der maximale Zuschlag ist hierbei auf 30% gedeckelt.

Ziel der so genannten Risikoprüfung und eben auch das Interesse der Versichertengemeinschaft ist es, die voraussichtlichen Kosten überschaubar zu halten. Somit überlegt und prüft der Versicherer wen er versichern will:

- Ist ein höheres Risiko (Vorerkrankungen) vorhanden, was es annehmen lässt, das hohe Kosten anfallen, so wird man Sie nicht oder nur mit entsprechenden Zuschlägen, so genannten Risikozuschlägen versichern. Auch Erkrankungen die vielleicht ausgeheilt sind, derzeit keine Behandlungen bedürfen, oder aus Ihrer Sicht gar kein Risiko darstellen, führen in der Privaten Krankenversicherung zu Zuschlägen, Ausschlüssen oder sogar der Ablehnung. So ist es für manchen Antragsteller eben schwerlich nachvollziehbar warum zum Beispiel für „das bisschen Heuschnupfen im Frühjahr“ ein Aufschlag auf die gesamte Vertragslaufzeit erfordern soll. Auch werden Gesellschaften von manchen Beratern dann danach eingeteilt, wer den geringsten Zuschlag nimmt. Aus Sicht des Versicherers ist dieses anders. Hier müssen auch die theoretisch zu erwartenden Kosten kalkuliert werden, denn im Nachhinein kann der Versicherer keinen Zuschlag mehr erheben oder weitere Einschränkungen des

Versicherungsschutzes einfordern. Ein kleines Beispiel soll auch hier die Entscheidung für eine saubere Risikoprüfung verdeutlichen.

Einer meiner Kunden bekam wegen einer Heuschnupfenerkrankung einen Zuschlag von mehr als 20 EUR monatlich und das gefiel ihm so gar nicht. Erboast über die Entscheidung des Versicherers rief er an und beschwerte sich darüber, dass er nur einmal im Jahr ein Medikament in der Apotheke hole, dieses schließlich nur 30 EUR kostet und zudem zukünftig das dem Unternehmen gar nicht zu Last fiele, schließlich hat er zudem eine Selbstbeteiligung im Tarif.

Nun, nicht mal 2 Jahre später sammelt er seine Rechnungen aus dem letzten Jahr zusammen und bat mich, kurz einmal drüber zu schauen. Auf meine Frage woher denn die Abrechnungen für Lungenfunktionstest und damit einhergehende Untersuchungen und der 3tägige Krankenhausaufenthalt herrühren, erzählte dieser von einem plötzlich anschwellenden Gesicht nach dem Genuss von Früchten. Nie habe er sowas früher gehabt und musste jetzt damit sogar ins Krankenhaus. Kosten für die Diagnostik und den Aufenthalt lagen insgesamt bei 2.650 EUR.

Für diesen Betrag müsste er aber erst einmal 88 Monate oder anders gesagt mehr als 17 Jahre seinen Zuschlag von 30 EUR monatlich zahlen, erst dann wären diese Kosten gedeckt. Damit ist klar, ein Zuschlag bedeutet nicht nur das Auffangen von heute bekannten Kosten, sondern vielmehr der zukünftig höheren Wahrscheinlichkeit.

- Nur so lassen sich stabile Beiträge erreichen und die Entwicklung planen. Als einfache Grundregel kann gelten- lieber zu einem Versicherer welcher risikogerechte Zuschläge veranschlagt, als zu einem der alle ohne solche aufnimmt. (denn dieser wird kaum beitragsstabil sein können) Die Kosten die im Krankheitsfall entstehen sind erst einmal gleich, egal bei welchem Unternehmen Sie sich versichern. Unterschiedliche Aufwendungen durch den Versicherer entstehen erst, wenn Leistungen unterschiedlich sind, Tarife eingeschränkt werden und der eine eben vorsichtiger als der andere kalkuliert und lieber „auf Nummer sicher gehen will“.
- Ist zu erwarten, dass der Vertrag pünktlich und zuverlässig bezahlt werden kann? Auch dieses eine immerwährende Diskussion bei Antragstellern. Man habe sich doch „wieder gefangen“ und wenn man nicht zahle könne einen der Versicherer ja eben wieder kündigen. Leider ist das nicht so einfach wie mancher sich dieses vorstellt. Aber auch bei schlechter Bonität ist es teilweise möglich noch annehmbaren und bezahlbaren Schutz zu bekommen. Mehr zum Thema Bonität folgt in dem Auszug aus meinem Blog:

(...) immer wieder wird die Frage gestellt, ob denn eine private Krankenversicherung bei schlechter Bonität überhaupt möglich. Die typische Antwort- es kommt darauf an.

Generell besteht in Deutschland seit dem 01. Januar 2009 für alle Personen Versicherungspflicht. Das führt zwangsläufig dazu, dass eben auch Personen mit schlechter Bonität zu versichern sein müssen. ABER: Eine Aufnahmepflicht besteht nur im Basistarif. Dieses ist eine der Änderungen durch die Gesundheitsreform zum 01. 01. 2009, ich schrieb darüber bereits.

Aus verschiedenen Gründen ist der Basistarif nicht unbedingt die ideale Wahl. Gründe sind neben den deutlichen Leistungseinschränkungen zu den sonstigen Tarifen (reduzierte Honorare bei ärztlicher

Behandlung, vgl. GKV Leistungen im Krankenhaus, keine Leistungen bei Heilpraktiker, Zuzahlungen, Leistungen nach einem fest definiertem Hilfsmittelverzeichnis etc.)

Eine weitere Möglichkeit auch Personen mit eingeschränkter Bonität zu versichern besteht in Gruppenverträgen welche für bestimmte Berufsgruppen/ Vereine oder Verbände Sonderkonditionen und Annahmewang anbieten. Aber auch in den "normalen" Tarifen der privaten Krankenversicherung ist eine "mal dagewesene" schlechte Bonität oder ein Schufa Eintrag unter Umständen kein genereller Hinderungsgrund. Dieses sollte jedoch dem Versicherer offen und ehrlich dargelegt werden, es sollten keine Restschulden mehr bestehen und die Beitragszahlung muss sichergestellt sein.

Dazu kommen bei einigen Unternehmen Auflagen wie eine vierteljährliche Vorauszahlung oder weitere Beschränkungen hinsichtlich der Beitragszahlung. Zusammenfassend kann man festhalten, dass eine schlechte Bonität, ein Schufa oder Bürgel Eintrag nicht generell das k.o. Kriterium für einen Versicherungsschutz ist. Hier ist insbesondere die genaue Analyse zu der Situation und eine entsprechende Beratung durch qualifizierte Berater erforderlich.

Eins sollten Sie nicht tun- stellen Sie nicht pauschal einen oder mehrere Anträge, welche dann womöglich abgelehnt werden. Dieses ist eher hinderlich bei der weiteren Suche.

Nachdem der Versicherer nun nicht mehr so ohne weiteres aus dem Vertrag herauskommen kann und eine Kündigung selbst bei Nichtzahlung der Beiträge nahezu ausgeschlossen ist, schauen sich die Unternehmen noch genauer an wer denn da einen Antrag stellt.

Das Problem besteht einfach darin, dass die Versichertengemeinschaft auch dann für Notfallbehandlungen aufkommen muss, wenn der Kunde schon lange keine Beiträge mehr zahlt. Daher werden die Aufnahmekriterien bei den Unternehmen unterschiedlich gefasst. Einige sind dazu übergegangen ein eigenes Scoringverfahren zu verwenden, andere nutzen die Schufa als Auskunftsstelle und bewerten die darin enthaltenen Eintragungen. Immer öfter werden daher auch „unbescholtene Bürger“ abgelehnt, da der Scorewert zu schlecht sei.

Für viele Kunden ein Schlag ins Gesicht. Sie, die sich nie haben etwas zu Schulden kommen lassen, bekommen nun keine private Krankenversicherung, weil der Versicherer diese als „schlechtes Risiko“ einschätzt? Unverständnis macht sich breit. Doch wie bei jedem Raster und jedem Auswahlssystem, immer fällt auch mal wieder ein Antrag durch ein Raster, den man eigentlich hätte nehmen können. Dennoch versprechen sich die Unternehmen davon sinkende Zahlen von Nichtzahlern, welche für Gesellschaft und Tarif zu einem Problem werden können.

Im letzten Jahr hat ein Krankenversicherer gezeigt, dass dieses nicht nur ein kleines, sondern riesiges Problem ist. Die Central Krankenversicherung hat nicht nur Tarife im Einstiegsbereich geschlossen (weil hier besonders viele preisbewusste und leider auch nichtzahlende Kunden versichert waren), sondern musste auch mit exorbitanten Beitragssteigerungen von bis zu 50% klarkommen.

Die Gesundheitsprüfung:

Jeder Versicherer stellt im Antrag Fragen nach dem Gesundheitszustand. Sie sind unterschiedlich formuliert, aber es ergibt sich folgendes Grundmuster:

Meist wird nach ambulanten **Behandlungen und Beschwerden** in den letzten 3 bis 5 Jahren gefragt, Krankenhausaufenthalten in den letzten 5 bis 10 Jahren, nach bevorstehenden Behandlungen, nach fehlenden Zähnen und ohne zeitliche Einschränkung nach schweren Erkrankungen und Behinderungen. Seit einiger Zeit wird immer mehr nach

psychotherapeutischen Behandlungen, Behandlungen wegen Kinderwunsch oder sonstigen Beeinträchtigungen gefragt. Achten Sie genau auf die Formulierung. Zeitlich unbegrenzte Fragen sind immer schwieriger zu beantworten als feste Zeiträume. Ggf. kann Ihnen Ihr Arzt behilflich sein. Hier besteht auch ein Recht auf Auskunft, auch wenn der Arzt das manchmal anders sieht. Genaueres finden Sie unter den „Fragen und Antworten“ auf meiner Homepage. Es besteht nach §10 der Berufsordnung für Ärzte ein Auskunftsrecht und dieses sollten Sie nutzen. Besorgen Sie sich eine Kopie der Krankenakte und besprechen Sie diese mit ihrem Vermittler bevor Sie Anträge und Anfragen an Versicherer stellen. Nur so sind Sie sicher, dass nicht falsche oder ihnen unbekannte Diagnosen in den Unterlagen auftauchen und später zu Problemen führen.

Auf meiner Internetseite finden Sie im Bereich „Downloads“ vorbereitete Fragebögen zur Anfrage an Ärzte, die Krankenkasse und weitere Behandler. Auch stelle ich Ihnen dort die Anschriften von Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern bereit und beschreibe, wie Sie an Ihre Akte und alle Informationen kommen.

Jeder Versicherer hat dann seine Kriterien, nach denen er Erkrankungen mitversichert, sie mit Zuschlägen belegt oder sogar den Vertragsabschluss ablehnt. Um sich nicht dem Risiko einer Ablehnung auszusetzen und somit Probleme bei einer weiteren Anfrage zu haben, sollten durch einen qualifizierten Berater Vorprüfungen durchgeführt werden. Auf meiner Seite (<http://www.online-pkv.de>) finden Sie entsprechende Musterformulare (unter Downloads).

Eine Ausschreibung oder anonyme Vorprüfung ist elementar und sichert einen passenden, vollständigen und richtigen Versicherungsschutz. Damit verringert sich die Gefahr, später gekündigt zu werden drastisch. Nur wer die Fragen im Antrag vollständig und richtig beantwortet, nur der kann auch mit einem passenden und guten Schutz ruhig schlafen.

Daher ein Hinweis:

Geben Sie unbedingt alle Erkrankungen an, nach denen der Versicherer fragt, denn der Versicherer kann den Vertrag auch noch nach Jahren aufheben, wenn sich dann erst herausstellt, dass Sie nicht alle Gesundheitsfragen umfassend und wahrheitsgemäß beantwortet haben. Es kann somit passieren, dass Sie bei falscher Beantwortung plötzlich ohne Versicherungsschutz dastehen (oder sich eben nur noch im Basistarif versichern können und somit auf GKV Leistungen bei hohen Beiträgen zurückfallen)

Ein weiteres Problem sind Diagnosen, die Ihnen schlichtweg nicht bekannt sind oder waren. Es soll Ärzte geben, da tauchen auch nach Jahren Diagnosen in der Krankenakte auf, die nicht nur Ihnen nicht bekannt sind, sondern die Sie auch nicht hatten. Eine solche Diagnose später, wenn der Versicherer eine Arztanfrage macht, auszuräumen ist vielfach schwieriger als dieses vorher zu klären.

Um die Prämien kalkulieren zu können, sind einige Erkrankungen in der Regel nicht versicherbar. (Ausnahme: Es gibt auch hier Möglichkeiten über bestimmte Annahmewänge oder Gruppenverträge diese auch zu versichern)

- *Krebserkrankungen, die nicht seit mindestens 3 Jahren als ausgeheilt gelten*
- *Diabetes*

- *Herzinfarkte*
- *Notwendigkeit von Herzschrittmachern*
- *Psychotherapeutische Behandlungen (mit Ausnahmen)*
- *Morbus Crohn*
- *Schweres Übergewicht (über 50%)*

Kann ich kündigen, obwohl es noch keinen neuen Schutz gibt?

Kündigen Sie nie Ihren bisherigen Versicherungsschutz, ohne bei der neuen Gesellschaft eine schriftliche Bestätigung der Annahme erhalten zu haben. Darin besteht die große Gefahr, dass Sie eine Kündigungsbestätigung erhalten und der neue Versicherer Sie nicht aufnimmt. Seit Einführung der Versicherungspflicht hat sich jedoch bei dem Wechsel aus der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) dieses etwas geändert.

Wenn Sie aus der GKV wechseln wollen, so können Sie diese durchaus kündigen. Die Kündigung bleibt solange schwebend unwirksam, bis Sie eine so genannte Folgeversicherungsbestätigung einreichen. Versäumen Sie dieses oder überlegen sich das Ganze doch anders, so reichen Sie diese Bescheinigung einfach nicht ein und der Schutz in der GKV bleibt bestehen. Daher ist die Kündigung der gesetzlichen Krankenkasse nahezu risikolos. Bei dem Wechsel aus einer privaten Krankenversicherung ist das aber etwas anders: Auch wenn dieses Risiko etwas relativiert ist durch die geltende Versicherungspflicht, besteht es dennoch fort. Zwar müssen Sie immer im Basistarif versichert werden, jedoch ist dieses keine erstrebenswerte Lösung.

Aber: Die Kündigung wird bei dem alten Versicherer erst dann wirksam, wenn diesem eine neue Versicherung nachgewiesen wird, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht erfüllt. Auch ist der neuen Gesellschaft die lückenlose Vorversicherungszeit nachzuweisen. Sie tun also gut daran sich an einen Berater zu wenden der sich mit dem Thema auskennt.

Beitragsberechnung

In der Privaten Krankenversicherung wird der Beitrag individuell berechnet. Das bedeutet, dass jeder / jede Versicherte einen Beitrag zahlt, der abhängig ist vom Umfang des gewünschten Versicherungsschutzes und von der Person **beim Eintritt** in die private Krankenversicherung. Besonders wichtig für die personenbezogene Berechnung des Beitrages sind hierbei das Eintrittsalter, das Geschlecht und eventuelle zuschlagspflichtige Vorerkrankungen.

Da es manchmal als Frage kommt. NACH Beginn Ihrer Versicherung sind 1.) keine weiteren und neu auftretenden Krankheiten mehr nachzumelden. Auch steigt 2.) Ihr Beitrag nicht, weil Sie krank sind. Beiträge steigen aus den vorher erwähnten Gründen wie Lebenserwartung, Kostensteigerung oder Niedrigzins, nicht aber für Sie persönlich, weil SIE KRANK SIND.

Da an den persönlichen Daten nichts zu ändern ist, kann der Beitrag nur durch die Auswahl der Tarife beeinflusst werden: Sie als Kunde / Kundin können bei fast allen Gesellschaften zwischen Tarifen mit Grundleistungen bzw. Basisleistungen und Tarifen mit gehobenen

Leistungen, z.B. privatärztlicher Behandlung, verbesserter Auslandsgeltung, umfassenden Hilfsmitteln und Zahnleistungen etc. wählen.

Weiteren Einfluss auf den Beitrag haben Sie durch die Übernahme eines Selbstbehaltes: Wenn der / die Versicherte bereit ist, einen Teil der Kosten selbst zu tragen, wird der Beitrag erheblich reduziert.

Achtung: Es gibt absolute Selbstbehalte mit festen Summen, und es gibt prozentuale Selbstbehalte, z.B. 15% Eigenanteil bei jeder Rechnung. Bei diesen prozentualen Selbstbehalten ist es sinnvoll, wenn eine Obergrenze für Ihre eigenen Zuzahlungen besteht, weil Sie so die Kosten besser kalkulieren können. Durch die Gesundheitsreform wurde die maximal zulässige Selbstbeteiligung auf einen Betrag von 5.000 EUR pro Jahr gedeckelt. Daher sind Tarife wie vorher- mit bis zu 7.500 EUR SB nicht mehr möglich. Doch strittig ist die Frage was mit versteckten Selbstbeteiligungen ist. Hat also ein Tarif eine Erstattung von 80% für Heilmittel oder Hilfsmittel vereinbart, sind sich weder die Unternehmen selbst noch der PKV Verband einig, ob dieses auch unter die Deckelung der 5.000 EUR fällt, oder ob diese „Minderleistung“ im Tarif keinen Einfluss darauf hat. Wäre dem so könnte man sich zurücklehnen, denn mehr als 5.000 EUR könnten es ja nicht werden. Einige Unternehmen sehen das so und bestätigen das auch, andere wiederum sehen es anders. Auch hier sehen Sie schnell wie wichtig eine richtige Auswahl ist.

Weiterhin muss zwischen einem ambulanten Selbstbehalt und einem Selbstbehalt auch über dentale und stationäre Behandlungen unterschieden werden. Bei einigen Gesellschaften sind Vorsorgeuntersuchungen (teils nach vorgegebenen Listen) ausgeschlossen, diese werden dann ohne eine Anrechnung auf die Selbstbeteiligung erstattet. Ob und in welcher Höhe eine Selbstbeteiligung sinnvoll ist muss individuell entschieden werden. Bitte beachten Sie aber in jedem Fall die erforderliche Rücklage von mindestens zwei Jahresselbstbeteiligungen.

Bei Angestellten ist aber noch eine andere Frage zur Selbstbeteiligung zu klären. Grundsätzlich vermindert eine Selbstbeteiligung im Tarif den Beitrag. Gerade bei Arbeitnehmern macht eine solche Selbstbeteiligung aber nicht immer Sinn.

Gerade wenn der **Arbeitgeberzuschuss** noch nicht ausgeschöpft wird (der PKV Beitrag somit 768 EUR im Jahr 2021 unterschreitet) ist eine Reduzierung der SB sinnvoll. Der Arbeitgeber beteiligt sich dann nämlich zu 50% am Beitrag, nicht aber an einer Selbstbeteiligung. Diese ist zwar steuerlich gesehen auch „Aufwand“, macht aber gerade dann keinen Sinn.

Ein Wechsel/ Eine Entscheidung für einen niedrigen SB (somit einen höheren Beitrag) kann sich also durchaus „rechnen“. Da der Beitrag (anteilig je nach Tarif) steuerlich berücksichtigt wird (ab dem 1. 1. 2010 im Sinne des **Bürgerentlastungsgesetzes**) machen die kleineren Selbstbeteiligungsstufen Sinn. Bevor Sie sich für eine Selbstbeteiligungsstufe jedoch entscheiden können, sind die Auswahlkriterien zur PKV zu beachten und Sie müssen zunächst Entscheidungen und eine Tarifauswahl treffen. Daher ist die Entscheidung für eine SB Stufe auch davon abhängig, was der Versicherer überhaupt in dem ausgewählten Tarif anbietet. Und auch die Frage wann eine SB später mal zu verändern ist, beeinflusst die Entscheidung maßgeblich, denn heute mag man gesund sein, wie das im Alter aussieht weiß aber niemand.

Gibt es denn auch Geld zurück?

Oft „belohnt“ der Versicherer seine Kunden, die keine Leistungen eingereicht haben, mit einer Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung oder Beitragsreduzierung. Dies sind Systeme, bei denen im folgenden Jahr Anteile des gezahlten Beitrages zurück überwiesen oder die aktuellen Beiträge reduziert werden. Daher ist es sinnvoll, zu kalkulieren, ob Rechnungen an den Versicherer überhaupt eingereicht werden sollten.

Auch hierzu muss man verstehen warum einige Unternehmen das tun und wie die genauen Modalitäten aussehen- mehr im nun folgenden Beitrag:

Es könnte alles so schön sein. Top versichert, geringe Beiträge und klasse Bedingungsaussagen- und dann natürlich eine hohe Beitragsrückerstattung. Schließlich nutze man die Leistungen des Versicherers gar nicht, denn man ist ja gesund. So oder so ähnlich wird vielfach bei der Auswahl der Privaten Krankenversicherung argumentiert. Da beginnt schnell das Rechnen nach dem Motto "was wäre, wenn" oder "wie krank muss ich sein das es sich dennoch lohnt".

Dazu sollten erst einmal die Grundlagen und Voraussetzungen zur Beitragsrückerstattung klar sein. Die Beitragsrückerstattung in der Privaten Krankenversicherung ist ein Modell um kostenbewusstes Verhalten zu honorieren. Dieses gliedert sich in zwei Modelle- die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung und die garantierte Beitragsrückerstattung (auch Pauschalleistung) genannt.

Weiterhin sollte klar sein das die erfolgsabhängige Variante nur dann gezahlt wird, "wenn der Versicherer sich dieses leisten kann". Diese wird Jahr für Jahr neu festgelegt und dem Kunden mitgeteilt. Am Markt findet man ganz unterschiedliche Größenordnungen. Von null bis zu 3 Monatsbeiträgen nach nur einem leistungsfreien Kalenderjahr ist alles drin. Weiterhin steigen diese Rückerstattungen mit den Jahren an. Ist der Versicherte also 3 Jahre leistungsfrei sind bei den Spitzenreitern (Dt. Ring) schon bis zu 5 Monatsbeiträge Rückerstattung möglich. Bei der garantierten Beitragsrückerstattung ist es hingegen etwas anders. In der Regel wird diese betragsmäßig festgelegt und garantiert. So sind es bei dem M4-BR4 Tarif der DKV 1.200 EUR pro Jahr, im Central CVP Tarif (auch in den neuen Vario Tarifen) jedoch 5 Monatsbeiträge. Jedoch sollte sich der Interessent nicht täuschen lassen, denn allein eine garantierte Rückerstattung ist kein Kriterium zur Auswahl. Dazu sind die Leistungsunterschiede zu groß und die Kriterien zu vielfältig. (LINK: Auswahlkriterien)

Auch die oft angestellten Hilfsrechnungen nach der Methode "was rechnet sich denn besser wenn ich so und so krank bin" hinken etwas. Die Selbstbeteiligung erstreckt sich, ganz unterschiedlich, über die Bereiche ambulanter oder aber auch zahnärztlicher und stationärer Behandlungen. Das kann schnell ins Geld gehen. So kann heute eine hohe Selbstbeteiligung bei Freiberuflern und Selbstständigen durchaus attraktiv erscheinen, aber diese muss auch im Alter bezahlt werden. Daher sollte mindestens die zweifache Jahres-SB als liquide Mittel zur Verfügung stehen, besser die dreifache um weitere Eventualitäten abzudecken. Ein Wechsel in geringere SB Stufen stellt auch hier eine Verbesserung der Leistung dar und ist- so nicht besondere Optionen vereinbart- nur mit neuer Risikoprüfung möglich oder wird ganz verwehrt.

Auch sollte beachtet werden in welchen Bereichen die Rückerstattung überhaupt erbracht wird. Bei den Bausteintarifen muss dieses nicht zwingend in allen Bereichen erfolgen, in den Kompaktтарifen (Erklärung im Leitfaden) erfolgt dieses entweder auf den kompletten Beitrag oder auf eine fiktive Summe, zum Beispiel 75% des Zahlbeitrages. Alle gemeinsam haben ein- auf gesetzlichen Zuschlag und Krankentagegeld wird keine Rückerstattung gezahlt.

Achten Sie also bei der Auswahl der Privaten Krankenversicherung zunächst auf Leistungsansagen, erst im zweiten Schritt auf die Beitragsrückerstattung, denn: Leistung ist das "A und O" in der Krankenversicherung, denn dafür sichern Sie sich ab.

Die wesentlichen Faktoren, die die Höhe des Beitrages bestimmen, sind somit die Risikoprämie, die Zinssituation, die aktuellen Sterbetafeln, die Rückstellungen und die Kosten des Versicherers.

Zusätzlich fließt in den Beitrag noch eine **Alterungsrückstellung** ein: Sie bewirkt, dass der Beitrag nicht in den Jahren, in denen die Kosten für den Versicherer steigen, zu stark erhöht wird. Daher zahlen Sie, wenn Sie als junger Mann / junge Frau eintreten, erst einmal mehr, als Sie voraussichtlich an Kosten verursachen werden.

Diesen Abschnitt nennt man Sparphase, es werden Alterungsrückstellungen gebildet. Übersteigen dann später die eingereichten Rechnungen den gezahlten Beitrag, beginnt die Entnahmephase, und die Alterungsrückstellungen werden aufgelöst. Eine Mitnahme der Altersrückstellungen ist für Altkunden ausgeschlossen. Bei Kunden die sich nach dem 1. 1. 2009 versichert haben ist dieses bis zur Höhe der Rückstellungen des Basisstarifs möglich. Kündigen Sie Ihren Vertrag sind auch die darüber hinaus gehenden Altersrückstellungen verloren und kommen den andren, im Tarif versicherten Kunden zu Gute. Diese Beträge werden als Stornogewinne bezeichnet, welche bei der Kalkulation berücksichtigt sind.

Wer sich nach dem Jahr 2021 versichert hat, der bildet einen sogenannten Übertragungswert und nimmt seine Rückstellungen auch dann zu einem neuen Versicherer mit, wenn dieser später die Gesellschaft wechselt. Dazu erhalten Sie einmal im Jahr von Ihrem Versicherer eine „Bescheinigung des Übertragungswertes“. Hier sehen Sie, welcher Eurobetrag zu dem neuen Versicherer mitgegeben wird.

Für jede seit dem 1.1.2000 neu abgeschlossene private Krankenversicherung, muss ein gesetzlicher Zuschlag von 10% auf alle Vollkostentarife von Versicherten zwischen 21 und 60 Jahren berechnet werden. Weitere Infos hierzu finden Sie unter „Gesetzlicher Zuschlag“ im Lexikon/Glossar auf der Homepage oder am Ende dieses Dokumentes.

Empfehlung: Wählen Sie Versicherer oder Tarife, die erst seit kurzem auf dem Markt sind nur mit Vorsicht: Ein neuer Tarif wird oft preiswert kalkuliert um einen Markteinstieg zu haben. Es kann aber durchaus geschehen, dass nach wenigen Jahren die Beiträge stark steigen. Zum einen, weil man anfangs ggf. zu optimistisch kalkulierte oder weil auch hier wie in allen anderen Tarifen, die Versicherten älter werden und höhere Kosten verursachen.

Eine Beitragssteigerung findet auch dann statt, wenn die Sterbetafeln neu kalkuliert werden. Diese ist- vereinfacht erklärt- eine Tabelle wo festgeschrieben ist wie lange ein heute geborenes Baby heute statistisch gesehen leben wird.

Durch medizinischen Fortschritt, bessere Lebens- und Umweltbedingungen und bessere medizinische Versorgung leben wir länger. Was für uns schön ist, ist für die Krankenversicherung einer der wichtigsten Gründe für die Steigerung von Beiträgen.

Tarifgestaltung

Während bei der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistungen festgelegt sind und nur sehr begrenzt eine Auswahl zwischen mehreren Tarifen möglich ist, findet sich bei der

privaten Krankenversicherung eine für den Laien fast unüberschaubare Zahl unterschiedlichster Tarifvarianten. Derzeit bietet aber auch die GKV Möglichkeiten zur Anpassung des Schutzes an den persönlichen Bedarf. Auch wenn nicht die Leistungen geändert werden können, so sind doch Selbstbeteiligungs- und Rückersattungstarife eine Wahlmöglichkeit. Hierbei ist aber Vorsicht geboten, denn anders als ein „normaler GKV Tarif“ welcher bei Wechsel in die PKV sofort und auch sonst nach 12 Monaten Bindungsfrist kündbar ist, ist ein solcher Wahltarif an Mindestlaufzeiten gebunden.

Bei einem Wechsel in die PKV gilt so eine Kündigungsfrist aus dem Wahltarif aber nicht zwingend, auch wenn einige Krankenkassen das gern behaupten. In meinem Blog geben Sie in die Suche einfach einmal „Bindungsfrist“ ein, da finden Sie alle Informationen auch dazu, was Sie tun sollen, falls Ihre Kasse den Austritt verweigert.

Versplichten Sie sich in der gesetzlichen Krankenkasse daher nur dann zu langen Vertragslaufzeiten, wenn Sie die Folgen absehen können und nicht vorhaben den Schutz in den nächsten Monaten oder Jahren zu verändern. Auch wer plant sich selbstständig zu machen und daher einen Wechsel in die Private Krankenversicherung erwägt ist in einem Wahltarif derzeit nicht optimal aufgehoben.

Jede (PKV-) Gesellschaft bietet verschiedene Tarife an, die für die unterschiedlichen Zielgruppen geeignet sind. Beim Aufbau der Tarife ist allgemein zu unterscheiden zwischen Kompakttarifen und Tarifbausteinen. Eine Besonderheit bietet der einheitliche Standardtarif für Rentner und Rentnerinnen, den Sie, wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, bei jeder Gesellschaft abschließen können.

Für Neukunden gibt es statt dem Standardtarif einen so genannten Basistarif geben, welcher ohne Risikoprüfung abschließbar ist. Dieser bietet jedoch eigentlich keinen Schutz der Privaten Krankenversicherung, sondern nur eine „Basisabsicherung“ und ist nicht mit den Erwartungen an die Private Krankenversicherung vereinbar.

Kompakttarife

Solche Tarife sind, wie der Name schon vermuten lässt, als ein Paket konzipiert und sind meist nicht variabel. Sie sind für beitragsorientierte Zielgruppen konzipiert. Es ist bei der Wahl von Kompakttarifen daher wichtig, dass Sie sich darüber im Klaren sind, welche Ansprüche Sie an eine private Krankenversicherung stellen. Meistens können diese Leistungen nicht direkt, sondern nur durch einen Wechsel des Tarifes verändert werden.

Unter diese Kategorie fallen meist auch die so genannten Basistarife (nicht zu verwechseln mit dem branchenübergreifenden Basistarif). Jeder große Krankenversicherer bietet so genannte Einsteiger- oder Basistarife, die kaum mehr als die GKV leisten, oder durch hohe Selbstbehalte besonders bei jungen Männern sehr billig sind und attraktiv erscheinen. Sie sollten jedoch immer nur als vorübergehende Lösung und Einstieg in das System der PKV gesehen werden.

Die Grund- oder Basistarife sind meist nicht für den dauernden Verbleib in diesen konzipiert. Die Gesellschaften rechnen und kalkulieren damit, dass eine Vielzahl von Versicherten die Tarife verlässt und kalkulieren dieses mit ein. Achten Sie daher auf ausreichende

Wechselmöglichkeiten und Optionsrechte zur Verbesserung des Versicherungsschutzes.

Meine Empfehlung:

Wenn Sie sich anfangs für einen sehr reduzierten Basisschutz entscheiden, dann ist es für Sie sinnvoll, wenn Sie gleichzeitig eine Wechseloption, die Ihnen den Umstieg in leistungsstärkere Tarife ohne Gesundheitsprüfung ermöglicht, vereinbaren. Vorteile und Nachteile der Kompakttarife werden Ihnen im Folgenden einen Überblick geben, ob Sie sich für einen solchen entscheiden sollten: **Vorteile** sind:

- Meist sind sie die "moderneren", neueren und billigeren Tarife. Die Gefahr einer Tarifvergreisung, also dem Verteuern eines Tarifes durch zu wenige Neuzugänge, ist dadurch zunächst geringer. Bei einer sauberen Kalkulation gibt es eine solche Vergreisung nicht.
- Sie sind in der Regel bei ähnlichen Leistungen billiger als die individuell kombinierten Tarife.
- Die Tarifstruktur ist überschaubar und leicht verständlich - man weiß genau, welche Leistungen in dem gewählten Paket enthalten sind und welche nicht.
- Beitragsrückerstattungen werden auf den gesamten Beitrag und nicht nur auf einzelne Bausteine gewährt.

Natürlich ergeben sich auch **Nachteile**:

- Kompakttarife sind nicht variabel, Sie müssen diese Tarifvariante als Gesamtpaket akzeptieren. Meist sind aber so gängige Leistungen zu dem Angebot zusammengeschnürt, dass der Tarif auf viele Personen passt. Es ist aber nicht einfach möglich, statt eines Mehrbett- ein Einbettzimmer zu versichern oder eben andere Leistungen dazu zu versichern oder auszuschließen.
- Risikozuschläge werden auf den gesamten Beitrag erhoben. So wird z.B. der "RIZ" eben auch für den Beitragsanteil des Zahnbereiches berechnet, obwohl der Zuschlag wegen Übergewicht erfolgte und dies eben im Zahnbereich selten Mehrkosten verursacht.
- Auch der Selbstbehalt erstreckt sich meist über alle Bereiche: ambulante, stationäre und Zahnleistungen, dies ist auch nicht veränderbar.
- Änderungen der Leistungen oder Erhöhungen des Selbstbehaltes sind schwieriger als bei Tarifen aus mehreren Bestandteilen durchführbar.
- Wechsel in andere Tarife ohne Gesundheitsprüfung, wie sie nach §178f VVG alt möglich sind, werden durch Kompakttarife erschwert, weil die Leistungen nicht identisch sind und keine Flexibilität in der Leistungsauswahl besteht. Durch die Veränderungen im neuen VVG kann der Versicherer sich jedoch gegen einen solchen

Tarifwechsel nicht mehr so stark wehren. Sie können stattdessen für Mehrleistungen in dem neuen Tarif einen Leistungsausschuss beantragen.

Fazit: Wenn Sie einen Kompakttarif gefunden haben, der vom Leistungsspektrum genau Ihren Vorstellungen entspricht, dann haben Sie einen modernen und vor überhöhten Beitragsanpassungen recht sicheren Tarif gewählt. Voraussetzung ist aber auch hier, dass die Gesellschaft und deren Kalkulation passt. Auf dem Markt finden sich auch Gesellschaften die vorwiegend billig sein wollen um neue Kunden zu gewinnen. Da Sie aber nicht mehr oder weniger Kosten verursachen, nur weil Sie bei Gesellschaft A oder B versichert sind, gibt es wenige „Stellschrauben“ für den Versicherer. Sie sollen sich fragen, warum Versicherer A billiger ist als B und versuchen die versteckten Einschränkungen mit Ihrem Berater zu finden.

Veränderungen wie die Reduzierung der Krankenhausleistungen oder Veränderungen des Selbstbehaltes sind aber nicht möglich, darauf sollten Sie sich vor Abschluss des Vertrages einstellen. Der Tarif ist so, wie er angeboten wird und kann schlechter an persönliche Wünsche angepasst werden. Dennoch ist die Mehrzahl der heute angebotenen Tarife diesem Segment zuzuordnen.

Ausnahmen sind Kompakttarifwerke mit unterschiedlichen Tarifen. Stellen Sie sich die drei, vier Tarife hier als Säulen vor und unterteilen Sie hier die Säulen nochmals in unterschiedliche Selbstbeteiligungen. Ermöglicht der Versicherer nun durch Options- und Wechselrechte den Schutz zu verändern (reduzieren geht immer, zurück oder verbessern bedarf einer Gesundheitsprüfung oder Option), so lassen sich auch hier Vorteile der Veränderbarkeit nutzen.

So wandeln Sie einen Nachteil des Kompakttarifs in einen Vorteil. Beachten Sie aber genau die Kriterien, z.Bsp. a.) bis zu welchem Alter oder b.) wie oft solche Wechsel möglich sind.

Bausteintarife

Die klassische Form der privaten Krankheitskostenvolltarife ist das Bausteinprinzip. Es werden für die drei Grundbereiche:

- ambulante Leistungen
 - stationäre Leistungen und
 - Zahnleistungen
- jeweils mehrere Varianten angeboten.

Aus diesen können Sie ein individuelles Paket, genau auf Ihre Vorstellungen abgestimmt, zusammenstellen. So können Sie den Selbstbehalt im ambulanten Bereich in mehreren Stufen wählen, im Krankenhaus zwischen Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer entscheiden sowie die Chefarztbehandlung wählen, und Sie können die Erstattungshöhe für Zahnersatz selbst bestimmen. **Vorteile** sind daher:

- ein individuell auf Ihre Vorstellungen abgestimmtes Versicherungspaket kann zusammengestellt werden.
- Risikozuschläge werden nur für die Bereiche erhoben, in denen auch Leistungen fällig werden könnten

- der Wechsel in andere Bausteine, besonders bei verringerten Leistungen, ist bei den meisten Gesellschaften problemlos möglich

Nachteile sind aber:

- Diese Tarife sind meist älter. Wenn die Gesellschaft, für die Sie sich entschieden haben, neuere Kompakttarife auf den Markt bringt, dann sind diese für Neuabschlüsse vielfach günstiger, und es besteht ggf. die Gefahr von hohen Beitragsanpassungen in den kommenden Jahren.
- Beitragsrückerstattungen werden meist nicht auf den Gesamtbeitrag gewährt, sondern nur einzelnen Bausteinen zugewiesen.

Fazit: Wenn Sie eine individuelle Form des Versicherungsschutzes wünschen, so können Sie diese mit Bausteinen zusammenstellen, die Sie bei den Kompakttarifen nicht finden. Auch wenn Sie sich eine gewisse Flexibilität im Leistungsspektrum oder in der Höhe des Selbstbehaltes bewahren möchten, sollten Sie diese Form der Tarife wählen.

Aber auch hier ist der Austausch von Bausteinen zur Verbesserung von Leistungen keineswegs jederzeit ohne Prüfung möglich.

Tipp: Schließen Sie, auch wenn Ihr Tarif einen Versicherungsschutz im Ausland beinhaltet, für Urlaubsreisen immer eine Auslands-Krankenversicherung ab. So kommt bei Krankheit im Urlaub Ihr Selbstbehalt nicht zum Tragen, die Beitragsrückerstattung bleibt unangetastet und solche Auslandspolice sind als Jahresvertrag für meist weniger als 10 € zu erhalten. Achten Sie auch darauf ob der Rücktransport nur bei medizinischer Notwendigkeit geleistet wird oder auch, wenn er „nur medizinisch angeraten“ ist.

Wichtig ist hier, dass ggf. die Versicherer unterschiedliche Regelungen haben und eine Verpflichtung besteht (so genannte Obliegenheit) die Verträge gegenseitig zu melden.

Sondertarife

Viele Gesellschaften bieten für bestimmte Berufsgruppen Sondertarife in der Krankenvoll- und Krankentagegeldversicherung an. Für Ärzte, Zahn- und/oder auch Tierärzte gibt es meist preiswertere Spezialtarife, aber es bestehen oft auch für andere Berufszweige Rahmenabkommen mit Interessenverbänden oder Kammern, die den Mitgliedern Vergünstigungen bieten. Fragen Sie nach solchen Spezialtarifen, beachten Sie aber auch Ihre Einschränkungen in Gruppentarifen.

Beitragsrückerstattung

Es liegt im Interesse der Versicherer und auch der Versicherten nicht jede kleine Rechnung einzureichen und erstattet zu bekommen. Denn die Leistungsabrechnung ist sehr aufwändig und verursacht daher oft Kosten, die über den zu erstattenden Betrag hinausgehen. Daher gibt es neben den oben Beschriebenen Selbstbeteiligungen auch die Beitragsrückerstattung (BRE) um die Kunden zu veranlassen, kleinere Rechnungen selbst zu tragen. Auch

Bonuszahlungen, egal ob monatlich oder jährlich, haben genau dieses Ziel und sollen die Kosten für eine Leistungsabrechnung in Grenzen halten.

Beitragsrückerstattungen sind in den meisten Fällen nicht im Tarifwerk festgeschrieben und daher nicht rechtlich abgesichert. Sie sind dann abhängig vom Geschäftsergebnis des Versicherers. Mit ihnen soll ein Teil der Überschüsse an Kunden, die keine Leistungen eingereicht haben, rückerstattet werden. Sie werden jährlich neu festgesetzt, und es liegt im Ermessen des Versicherers diese weiterzuführen oder auch einzustellen.

Einige Versicherer haben besondere Systeme der Rückerstattung in ihren Tarifen unwiderruflich verankert, als feste auszuzahlende Summen oder als sofortige Reduzierungen des Beitrages. Sie sind also bei der Entscheidung für den Abschluss des Vertrages anders zu bewerten. Lassen Sie sich die Unterschiede erklären!

Eine Beitragsrückerstattung hat in der Regel folgende Voraussetzungen:

- ✓ Es dürfen keine Leistungsabrechnungen erfolgen.
- ✓ Der Vertrag muss ein volles Kalenderjahr ununterbrochen bestanden haben.
- ✓ Die Beiträge müssen regelmäßig bezahlt worden sein.
- ✓ Der Vertrag muss auch im Folgejahr noch bestehen, meist bis zur Jahresmitte.

Rückerstattet werden mehrere Monatsbeiträge, meist anfangs weniger und gestaffelt nach leistungsfreien Jahren immer mehr. Werden dann Leistungen eingereicht, beginnt die Berechnung der rückzuzahlenden Beiträge wieder von vorn. Daher ist es sinnvoll, genau zu berechnen, ob ggf. auch größere Leistungsabrechnungen nicht lieber aus eigener Tasche bezahlt werden sollten, da man sich ansonsten die Rückerstattung auch der folgenden Jahre verringert.

Auch finden sich in einigen Tarifen garantierte Rückerstattungen. So erstattet die Hallesche im Tarif NK Bonus 60 EUR als fixen und festen Monatsbeitrag zurück. Andere Versicherer wie die Hanse Merkur glauben, Sie brauchen nur die Hälfte des Beitrages und stunden hier einen Teil. Das bedeutet, Sie zahlen nur die Hälfte, weil davon ausgegangen wird, Sie werden eh nie krank. Was Sie dann mit einer Krankenversicherung wollen? Ich weiß es nicht.

Leider hat der Tarif ASZG, bei dem die Hanse das schon immer so anbietet und auch der Nachfolgetarif AZP Pro Fit genau diese Regelung, wenn auch etwas abgewandelt.

Nachdem Sie einige Seiten zuvor schon von Rückstellungen und Zinsen gelesen haben, können Sie sich nun fragen, wie das gehen soll. Wie kann ein Versicherer Ihnen die Hälfte des Beitrages stunden und so nicht für die Altersrückstellungen nutzen? Die Frage wäre einmal genauer zu diskutieren. Geld was ich als Unternehmen nicht einnehme, kann ich auch nicht anlegen. Mal sehen, wann sich das rächt.

Auch glauben einige, wie die ARAG mit dem Med Best, das Rad neu zu erfinden. Lesen Sie im Blog den Artikel dazu und entscheiden dann, ob der Tarif gut, oder einfach zu billig ist. Leistungen müssen bezahlt werden. Ist der Tarif aber deutlich billiger, kann das Unternehmen an Leistungen sparen (durch Formulierungen und Einschränkungen), oder aber weniger Geld für Rücklagen haben.

Krankentagegeld

Neben den Vollkostentarifen bieten die privaten Krankenversicherer eine Einkommensabsicherung an. Diese ist nicht Bestandteil der Haupttarife, sie muss als neuer Baustein abgeschlossen und kann individuell angepasst werden. In einer umfassenden Beratung darf ein Hinweis auf das Tagegeld nicht fehlen, da bei längerer Krankheit ohne Absicherung des Einkommens eine wirtschaftliche Notlage droht!

Für den Abschluss des Krankentagegeldes müssen Sie folgende Entscheidungen treffen:

- ✓ Wie hoch soll der versicherte Tagessatz sein?
- ✓ Nach welcher Karenzzeit soll die Leistung einsetzen?
- ✓ Sollen Leistungen auch bei Teilarbeitsunfähigkeit gezahlt werden?
- ✓ Benötige ich Geld auch bei Kuren, auf Reha oder in Anschlussheilbehandlungen?

Sie dürfen meist nicht mehr versichern, als Sie an monatlichen Einkünften haben. Das tägliche Krankentagegeld wird immer mit dem Faktor 30 multipliziert, um auf die Monatssumme zu kommen. Dabei ist aber zu beachten, dass jede Gesellschaft das Einkommen anders definiert. Achten Sie somit auf die genaue Ermittlung.

Da Sie im Krankheitsfall auch den Beitrag zur Krankenversicherung mit allen Tarifbausteinen weiterzahlen müssen, sollten Sie diese Summe auch in die Ermittlung des benötigten Tagegeldes einbeziehen. Sonst wird das Krankentagegeld was tatsächlich übrig bleibt, schnell kritische Grenzen erreichen.

Auf der Homepage stelle ich Ihnen unter „Krankentagegeld“ noch weitere Details zur Berechnung zur Verfügung und zeige Ihnen, was Sie bei der richtigen Höhe beachten müssen.

Als Angestellter können Sie sich erst ab dem 43. Tag versichern, da bis dahin im Krankheitsfall die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers läuft. Einige Arbeitgeber bieten hier aber Sonderlösungen und leisten länger. Damit es hier nicht zu einer Doppelversicherung führt und Sie Beiträge zahlen und doch keine Leistung bekommen, sind hier die genauen Regelungen zur Abstimmung wichtig.

Als Selbständiger können Sie einen früheren Beginn des Tagegeldes wählen. Aber auch hier gibt es Ausnahmen.

Generell gilt für alle: Je früher das Tagegeld einsetzt, desto höher ist die von Ihnen zu zahlende Prämie.

Bitte berücksichtigen Sie auch, wann welche Anpassungen möglich sind und ob eine neue Risikoprüfung nötig ist. Sie laufen Gefahr das- bei auftretenden Erkrankungen- eine Nachversicherung nicht möglich ist und das Krankengeld über die Jahre inflationsbedingt sinkt.

Für Selbstständige ergibt sich aber bei der Absicherung des Krankentagegeldes ein anderes Problem. In vielen Tarifwerken finden sich Regelungen zum Einkommen und der Abstimmung auf das Krankentagegeld.

Gerade bei schwankendem Einkommen kann es dazu führen, dass im Leistungsfall nicht das versicherte Krankentagegeld ausbezahlt wird, sondern der Versicherer zunächst einen Einkommensnachweis fordert.

Diese so genannte Obliegenheit ist in den Bedingungen zur Krankentagegeldversicherung geregelt und führt leider auch manchmal dazu, dass kein oder nur ein reduziertes Krankengeld ausbezahlt wird. Gerade wenn die Geschäfte schlecht liefen und das Einkommen sinkt oder der Gewinn aus steuerlichen Gründen „gedrückt“ wird, kann sich das sehr nachteilig auswirken. Achten Sie daher hier besonders auf die genaue Definition des Einkommens und eventuell auf Mindestsätze, die auch bei einem Verlust des Unternehmens ausgezahlt werden.

Krankentagegeld- wie wird der Bedarf ermittelt?

Glaubt man der weitverbreiteten Meinung so muss das Krankengeld in der Privaten Krankentagegeldversicherung dem Nettoeinkommen entsprechen, dieses möchte man ja schließlich ausgleichen. Dem ist aber nicht so. Hierbei spielen neben dem Nettoeinkommen noch einige andere Punkte eine Rolle und daher ist die Ermittlung des Bedarfes sehr genau und individuell durchzuführen. Auch ist wichtig zu beachten, welche Einkommen und ggf. welche weiteren Kosten bei der Berechnung berücksichtigt werden dürfen. Genaue Aussagen dazu finden Sie in den jeweiligen Bedingungen des KT Tarifes.

In der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet sich das Krankengeld aus dem niedrigeren Wert von 70% des letzten Bruttogehaltes oder 90% des letzten Nettogehaltes und wird für max. 78 Wochen gezahlt.

Das berechnungsfähige Bruttogehalt ist jedoch auf die Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 4.837,50 EUR mtl. (2021) beschränkt. Das ist aber nicht alles, denn davon werden die halben SV Beiträge (also 18,6% Rentenvers., 2,5% Arbeitslosenvers. und 3,05 oder 3,3% Pflegeversicherung) abgezogen. Somit ergibt sich in der Summe ein Abzug von 12,075% Versicherte mit Kindern oder 12,325% für Kinderlose.

Nach Ablauf der 78 Wochen endet die Zahlung generell. Auch vorher kann das Krankentagegeld der GKV bereits enden, wenn der Medizinische Dienst eine Berufsunfähigkeit bescheinigt und daher die Voraussetzung „arbeitsunfähig zu sein“ nicht mehr zutrifft.

In der Privaten Krankenversicherung sollten Sie Ihr Krankengeld (als vereinfachte Methode) mit nachfolgender Formel berechnen.

Nettoeinkommen (oder laufender Bedarf)
+ SV Beiträge (siehe GKV)
+ PKV Beitrag inkl. Arbeitgeberanteil
= **Krankengeld**

Der Beitrag zur Privaten Krankenversicherung ist als Gesamtzahlung zu erbringen, also auch der wegfallende Arbeitgeberanteil. Bitte bedenken Sie diese Punkte bei der Auswahl und überprüfen den bisherigen Schutz.

Für gesetzlich Versicherte ist ein ergänzendes, privates Krankengeld möglich. Auch wenn hier einige Anbieter einen solchen Schutz „ohne Gesundheitsprüfung“ suggerieren, verlassen Sie sich nicht darauf und wählen Ihren Tarif nicht danach aus, wer Sie ohne Prüfung nimmt. Diese Modelle haben Klauseln, welche bestehende oder in den nächsten X Jahren auftretende Krankheiten ausschließen oder die Leistung anderweitig beschränken.

Was passiert mit meinem Krankengeld bei Berufsunfähigkeit?

In der **Privaten Krankenversicherung** wird das Krankengeld solange und **unbegrenzt** gezahlt, wie der **Zustand der Arbeitsunfähigkeit andauert**. Aus dieser Formulierung ergibt sich aber bereits ein, oft nicht bedachtes, Problem.

Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit sind unterschiedliche Arten einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung und schließen einander- jedenfalls typischerweise- aus. Niemand kann deshalb erwarten, dass er aus ärztlicher Sicht, auf die in den Bedingungswerken für Krankentagegeld- wie Berufsunfähigkeitsversicherungen und ebenso im Sozialversicherungsrecht abgestellt zu werden pflegt, als arbeits- und zugleich berufsunfähig beurteilt wird. Die Krankentagegeldversicherung soll nur den Schaden ausgleichen, der im Fall von Arbeitsunfähigkeit durch Verdienstentgang entsteht, nicht aber Schäden die darauf beruhen, dass eine wegen Berufsunfähigkeit bezahlte Rente einen Verdienstaufschlag nicht in der Höhe abdeckt, wie es Krankentagegeldzahlungen vermöchten. Durch Berufsunfähigkeit entstehende Schutzbedürftigkeit ist von vornherein nicht Gegenstand einer Krankentagegeldversicherung. (BGH, 22.01.1992, VersR 1992, 477)

Soweit zu dem rechtlichen Rahmen. In der Praxis bedeutet dieses dann für Sie (zunächst erst einmal egal ob gesetzlich oder privat krankenversichert), es entsteht die Situation das der Krankenversicherer **nicht mehr** zahlt (zahlen muss) und der Berufsunfähigkeitsschutz nicht vorhanden ist oder **noch nicht** leistungspflichtig ist.

Daher ist es **elementar wichtig**, zwischen dem bestehenden Krankenversicherungsschutz und der Absicherung gegen Berufsunfähigkeit **eine Abstimmung vorzunehmen**. Am Markt gibt es durchaus Tarifkombinationen die ein solches Problem ausschließen. Hier wird mit den beteiligten Versicherern eine Vereinbarung dahingehend getroffen, dass entweder der Krankentagegeldversicherer oder der BU Versicherer leistet.

Der gesetzliche Zuschlag (GZ)

Seit dem 1. 1. 2000 wird auf jeden neu beantragten Vertrag in der Krankenvollversicherung ein **Zuschlag von 10%** berechnet. Dieser dient der Stabilisierung der Beiträge im Alter und **muss** von allen Unternehmen der privaten Krankenversicherung erhoben werden. Zu zahlen ist dieser Zuschlag bis zum Ende des 60. Lebensjahres, also dem 61. Geburtstag. Danach ruht das Geld noch einige Jahre. Natürlich wird es auch bei einem Versichererwechsel mitgenommen.

Die Gelder, die hierdurch zusätzlich eingenommen werden, sollen ab dem 65. Lebensjahr zur Vermeidung von Beitragserhöhungen verwendet werden, ab dem 80. Lebensjahr werden sie dann sogar zur Beitragssenkung eingesetzt.

Der GZ ist eine weitere Maßnahme, um die Beiträge zur privaten Krankenversicherung auch im Alter bezahlbar zu halten. Für alte Kunden der PKV, welche vor 2000 bereits versichert waren, bestand eine Option sich für oder gegen den Zuschlag zu entscheiden. Wer sich damals dafür entscheidet, der hat auch heute in seiner Police einen Zuschlag von 10% stehen und kann diesen im Alter für die Beitragsentlastung nutzen. Entschied sich der Kunde damals dagegen, so sollte dieser eigene Maßnahmen zur Stabilisierung der Beiträge planen. Weitere solcher Maßnahmen sind:

- ✓ Einführung des Standardtarifes für Rentner und Rentnerinnen
- ✓ Seit 1995 besteht die Auflage an alle PKV-Unternehmen, Altersrückstellungen zu bilden: mindestens 1,25% des Beitrages als individuelle Gutschrift und dieselbe Summe als allgemeine Gutschrift für die älteren Versicherten
- ✓ Modelle zur garantierten Beitragsentlastung im Alter

Macht denn ein solcher Beitragsentlastungstarif überhaupt Sinn?

Eines vorweg: Die Bezeichnungen bei den Unternehmen sind höchst unterschiedlich. MbZflex, BEA, Beitragssenkungskomponente, garantierte Beitragsentlastung, BSA- so oder so ähnlich sind die Produktbezeichnungen für eine solche Komponente. Alle gemeinsam haben aber ein **Ziel**, den Beitrag in dem eigenen privaten Krankenversicherungsvertrag **zu einem fest definierten Endalter** um einen festen Eurobetrag **zu senken**. Stellen Sie sich einfach einen Spar Topf vor. Sie zahlen Monat für Monat einen Betrag X in diesen Baustein ein, am Ende wird Ihnen dann **lebenslang ein fester Betrag ausgezahlt**. Ähnlich wie in einer Rentenversicherung werden die Beiträge aufgrund des Eintrittsalters und der Lebenserwartung kalkuliert und festgelegt.

Wichtig ist auch, dass Sie den Anteil zur Beitragsentlastung im Alter weiter zahlen. Hat der Baustein also einen Beitrag von 60 EUR für 200 EUR Beitragsentlastung, so beträgt Ihre Nettoentlastung nicht 200, sondern 140 EUR pro Monat.

Wer kann so einen Baustein überhaupt abschließen und wie hoch darf es sein?

Voraussetzung ist der Abschluss oder das Bestehen einer Krankenversicherung und die Tatsache, dass der Versicherer eine solche Komponente anbietet. Einige Unternehmen bieten solche Komponenten nicht an. Der Abschluss bei einem anderen Versicherer ist hingegen nicht möglich, da es nur ein Baustein im Rahmen der bestehenden Krankenversicherung ist. Viele Unternehmen wie z. B. die Universa oder auch die Alte Oldenburger haben einen Tarif erst später eingeführt und manche haben andere Zusatzoptionen als andere. Für die mögliche/ maximale **Höhe der Beitragsentlastung** gelten je nach Versicherer unterschiedliche Vorgaben. Einige beschränken es auf 75%, bei anderen sind 100% des heutigen Beitrages versicherbar. Der Beitrag ist durch den Versicherten veränderbar, auch kann eine Beitragsanpassung nötig sein, falls die Lebenserwartung (und damit die Zeit die der Versicherer den garantierten Betrag leistet) steigt.

Was passiert aber damit, falls die PKV beendet wird?

Auch hier gelten unterschiedliche Regelungen. Das Geld kann jedoch nicht einfach ausgezahlt oder mitgenommen werden. Endet die Krankenversicherung, so bleibt das Geld bei dem Versicherer. Werden Sie versicherungspflichtig, so achten Sie bei der **Auswahl des Tarifes** immer auf ein Umwandlungsrecht in eine Zusatzversicherung.

Dann kann auch hier die Beitragsentlastung genutzt werden. Eine Ausnahme bildet die Universa Krankenversicherung mit dem ihrem Tarif BEA flex. Hier ist eine Mitnahme unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

Zahlt mein Arbeitgeber etwas dazu? Ist es ein steuerlich absetzbarer Betrag?

Das ist auch schon einer der großen Vorteile. Im Rahmen des geltenden **Arbeitgeberzuschusses** beteiligt sich der Arbeitgeber auch an diesem zusätzlichen Sparvorgang. So ist neben der garantierten Leistung im Alter sogar nur der halbe Beitrag zu zahlen (im Rahmen des Höchstzuschusses natürlich)

Durch das Bürgerentlastungsgesetz können Beiträge seit 2010 bekanntlich teilweise von der Steuer abgesetzt werden. Dabei kann es **nach dem Wechsel durchaus zu höheren Lohnsteuerzahlungen** kommen, da der PKV Beitrag oftmals geringer ist, als zuvor der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Baustein zur Beitragsentlastung ist jedoch auch "Krankenversicherungsbeitrag" im Sinne des Gesetzes und vermindert somit wiederum die Steuerlast. So lassen sich auch von diesem Beitrag 80-95% "nutzen".

Was passiert zum Ablauftermin genau?

Mit dem vereinbarten Ablauftermin (der bei den meisten Unternehmen im 65. Lebensalter liegt) **beginnt die Beitragsentlastung des PKV Vertrages**. Einige Unternehmen bieten hier flexible Ablauftermine an. Oftmals sind Abrufe des Betrages vom 60, 63 oder eben auch erst ab dem 67. Lebensjahr möglich. Von diesem Zeitpunkt zieht das Unternehmen nun gleich den Betrag ab und belastet Ihrem Konto nur die Differenz. Zu beachten ist aber hierbei, dass auch nach Beginn der Entlastung der Beitrag für den Tarif nicht entfällt und somit bis ans Ende des Vertrages weiter zu zahlen ist. Eine Ersattung von z.B. 300 EUR monatlich ist somit um den dann zu zahlenden Beitrag zu kürzen.

Wie hoch ist die Rendite hierbei?

Das ist pauschal nicht zu sagen, da die Rendite von vielen Faktoren abhängig ist. Insbesondere die Frage nach Arbeitnehmer- oder Selbstständigenstatus, aber auch die persönliche Einkommens- und Steuersituation spielen hier eine große Rolle. Damit Sie dennoch eine Vorstellung bekommen, gehen wir einmal von einem fiktiven Kunden aus.

Unser Kunde, 35 Jahre alt und mit einer privaten Krankenversicherung von knapp 350 EUR Beitrag (ohne KT, PVN etc) ausgestattet, die modellhaft um 5% jährlich ansteigt. Die Beitragsermäßigung soll in unserem Fall 300 EUR monatlich betragen und es werden während der Berufstätigkeit 35% und in der Rente 25% Grenzsteuersatz angenommen. Weiterhin unterstellen wir eine Anpassung des AG Zuschusses von 1% p.a., eine Nettorendite von 4,5% (also einem angenommenen Überschuss von 0,9%) und eine

Lebenserwartung bis zum 84. Lebensjahr. In diesem Modell beträgt die **Rendite für den Arbeitnehmer 5,75%, für den Selbstständigen 4,73%**.

Kann ich den Baustein auch noch abschließen, wenn ich schon versichert bin?

Ja. Wenn Ihr Versicherer eine solche Tarifkomponente generell anbietet, so ist diese auch später noch in den Vertrag einzuschließen. Dabei ist es unerheblich, wie der Gesundheitszustand aussieht, denn der **Tarifbaustein ist ohne Risikoprüfung abzuschließen. Gibt es weitere Zusatzbausteine?**

Neben dem Krankentagegeld, welches zu den wichtigsten Bausteinen der PKV gehört, werden weitere Tarife angeboten. So gibt es zum Beispiel:

- Pflegeergänzungsversicherungen
- Krankenhaustagegeldversicherungen
- Ergänzungen für die Naturheilkunde
- Kurtarife
- Optionsbausteine für Wechseloptionen und Anpassungen

Jeder dieser Bausteine hat ein unterschiedliches Absicherungsziel und andere Vorgaben was die Gestaltung und am Ende auch den Bedarf angeht. Damit Sie verstehen, was die Bausteine genau bewirken, hier ein kleiner Einblick in die Art und Weise.

DIE PFLEGEERGÄNZUNGSVERSICHERUNGEN:

Egal ob privat oder gesetzlich krankenversichert, eine **Pflegepflichtversicherung** hat jeder. Diese ist (wie auch die Krankenversicherung) gesetzlich vorgeschrieben und bietet Versicherungsschutz für den Fall eintretender Pflegebedürftigkeit.

Was ist Pflegebedürftigkeit eigentlich?

Ein Blick in die Musterbedingungen für die Pflegepflichtversicherung erklärt den Umstand der Pflegebedürftigkeit so:

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. **Pflegebedürftig sind** Personen, die wegen einer **körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung** für die gewöhnlichen und **regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens** auf Dauer, **voraussichtlich für mindestens sechs Monate**, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Dabei wird die Schwere der Pflegebedürftigkeit in die so genannten Pflegegrade 1 bis 5 unterteilt. Je nachdem was und wie viele Tätigkeiten noch ausgeführt werden (können) wird eine entsprechender Pflegegrad festgestellt, was zu Leistungen aus der **Pflegepflichtversicherung** führt.

Was muss ich denn "nicht können" um in einen Pflegegrad zu kommen?

Auch hier helfen uns die entsprechenden Musterbedingungen weiter. Hier heißt es:

Zunächst sind Punktbereiche Maßgebend, welche die Schwere der Beeinträchtigung in den Bereichen Mobilität (10%), kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15%), Selbstversorgung (40%), Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 %) und Gestaltung des Alltagslebens (15%) bestimmen.

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Nach der Begutachtung wird dann die die Summe zur Ermittlung des Pflegegrades herangezogen. Dabei ergeben sich je nach Anzahl der Punkte die Einstufungen in den jeweiligen Pflegegrad.

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

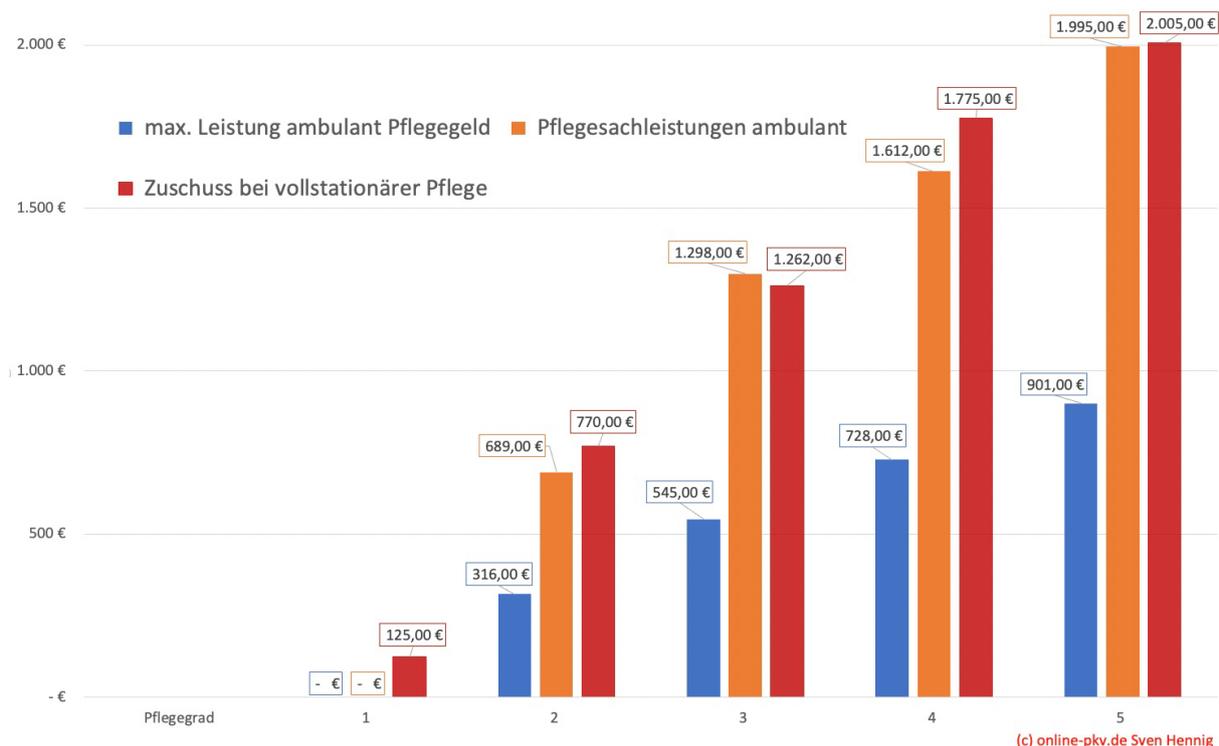
Unterschieden wird also insbesondere darin, wie oft Hilfe nötig ist. Bei Versicherten in der **gesetzlichen Krankenkasse (GKV)** findet die Einstufung durch den so genannten "**Medizinischen Dienst der Krankenkassen**" (**MDK**) statt. In der **Privaten Krankenversicherung (PKV)** werden hier ebenfalls **ärztliche Gutachter** eingesetzt, welche eine entsprechende Einstufung vornehmen.

Welche Leistungen habe ich zu erwarten?

Unterschieden werden muss hier zunächst, ob der Pflegebedürftige sich noch zu Hause aufhalten kann und durch Angehörige oder einen mobilen Pflegedienst gepflegt wird, oder ob bereits eine stationäre Pflege nötig ist. Dieses kann auch in den niedrigen Pflegegraden

nötig sein, wenn es zum Beispiel zeitlich oder wegen räumlicher Trennung zu Angehörigen nicht möglich ist, dass der Pflegebedürftige in seiner Wohnung weiterleben kann.

Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung 2021



Wer also noch zu Hause versorgt werden kann und will, der erhält Leistungen als Pflegegeld oder als Pflegesachleistung ambulant, wie in der Grafik dargestellt.

Das Pflegegeld wird ab dem Pflegegrad 2 in Höhe von 316 EUR bis hin zu 901 EUR im Pflegegrad 5 gezahlt. Wird hier die Pflegesachleistung (durch einen ambulanten Pflegedienst) gewählt, so werden monatlich ab dem Grad 2 bis zu 689 EUR und wieder im höchsten Grad 5 bis zu 1.995 EUR ausbezahlt.

Im Fall der **stationären Aufnahme in einem Pflegeheim** werden Kosten von **125 EUR (Grad I)**, bis zu **2.005 EUR (Grad 5)** oder in besonderen Härtefällen auch mehr monatlich gezahlt. Die Heimkosten sind in einem Heim für alle Bewohner gleich, unterscheiden sich jedoch regional. Daher entstehen hier meist Eigenanteile, welche vom zu Pflegenden selbst getragen werden müssen.

Im Fall einer Einstufung in einen höheren Pflegegrad bekommt das Heim also mehr Geld für die Pflege, der Eigenanteil steigt aber nicht an.

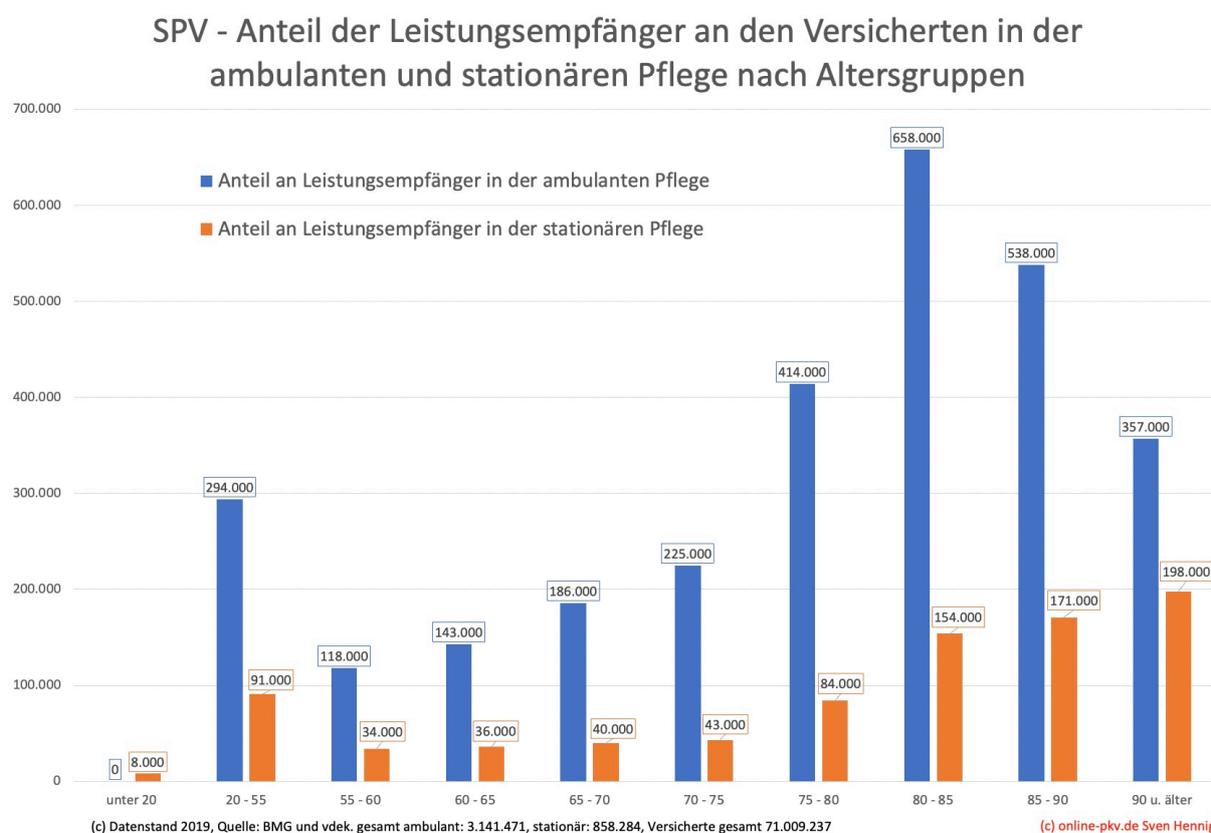
Der Eigenanteil soll hier jedoch sinken, um 5% ab dem Jahr 2022. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Eigenanteil der Pflege die Kosten für Unterbringung und Verpflegung (so zum Beispiel Mahlzeiten und Nebenkosten) NICHT eingeschlossen sind. Diese müssen durch die Bewohner zusätzlich selbst gezahlt werden.

Nach Erhebungen des Verbandes der Ersatzkassen lag der durchschnittliche Eigenanteil in den Pflegeheimen im Juli 2021 bei 2.125 EUR pro Monat. Im Vorjahr waren es im Durchschnitt noch 2.068 EUR und damit knapp 3% weniger.

Wer wird wann pflegebedürftig?

Auch wenn sich viele (Sie jetzt auch) gerade gedacht haben: „Pflegebedürftig werde ich doch nur im Alter“, so sprechen die Zahlen eine andere Sprache. Denn Unfälle, schwere Krankheiten und Behinderungen führen zu hohen Zahlen in jungen Altersgruppen. Auch wenn es niemand hofft, auch das eigene Kind kann betroffen sein. Dann ist nicht nur jetzt ein Schutz wichtig, sondern auch dann, wenn die Eltern nicht mehr pflegen können.

Auf der folgenden Grafik ist ein durchaus beachtlicher Anteil der Pflegebedürftigen (in unserem Fall 294.000 ambulante und 91.000 stationäre Patienten, in einem Alter unter 55 Jahren.



Noch ein Wort zu den Kosten. Zum Datenstand 1.7.2021 unterschieden sich die Kosten für den Eigenanteil eines Gepflegten nach Bundesland stark. So hatten diese in Sachsen-Anhalt durchschnittlich 1.539 EUR monatlich als finanzielle Belastung (Eigenanteil pro Heimplatz + Unterkunft und Verpflegung + Investitionskosten) zu tragen, im Bundesland NRW lagen die monatlichen Belastungen bei 2.496 EUR und damit 62% darüber. Angegeben sind die Eigenanteile der Pflegegrade 2 bis 5 ohne Ausbildungsumlage. Datenquelle vdek.

Gerade wer im Alter in der Nähe der Angehörigen und Familien bleiben möchte (und wer will das nicht), braucht eine Gegenfinanzierung.

Was passiert, wenn ich die Kosten nicht tragen kann?

Dann werden zunächst Vermögen genutzt, um die Kosten der Pflege aufzubringen. Dazu kann ein Haus, Schmuck oder sonstiges Bar-/ Aktienvermögen zählen. Dieses ist dann zu verwerten. Somit vermindert sich auch das entsprechende und vielleicht den Kindern zugedachte Erbe. Auch sind die Ansprüche an die Kinder zu prüfen.

Unter bestimmten Umständen sind diese nämlich unterhaltspflichtig für die pflegebedürftigen Eltern. Erst, wenn all diese Möglichkeiten ausgeschöpft sind, werden Ansprüche an das Sozialamt möglich. Dieses leistet dann eine entsprechende Zuzahlung an das Pflegeheim. Dabei bleibt dem Pflegebedürftigen für sich selbst dann nur noch ein kleines Taschengeld, der Rest "geht für die Pflege drauf".

Was können Sie dagegen tun?

Absicherungen als Ergänzung zur gesetzlich vorgeschriebenen Pflegepflichtversicherung sind auf unterschiedliche Arten möglich. In meinem Blogbeitrag "**Pflegekosten oder Pflegetagegeld**" habe ich Ihnen bereits zwei dieser Möglichkeiten vorgestellt.

Doch VORSICHT: Gerade in dem Kleingedruckten verstecken sich die Unterschiede. Oder hätten Sie gedacht, dass bei einigen Anbietern bei Pflegebedürftigkeit durch Demenz keine Leistungsansprüche bestehen? Gerade Demenzerkrankte brauchen aber eine dauerhafte Betreuung.

In den kommenden Wochen und Monaten werden einige Anbieter Ihre Bedingungen zur Pflegeergänzungsversicherung überarbeiten oder entsprechende neue Produkte auf den Markt bringen. Machen Sie sich in Ruhe Gedanken zu den Kosten, dem Absicherungsbedarf und sonstigen Kriterien. Danach sprechen Sie mit Ihrem Berater die verschiedenen Produkte, Lösungen und Möglichkeiten durch und entscheiden sich ganz in Ruhe. Denken Sie ggf. auch an Ihre Eltern. Haben diese ein entsprechendes Produkt zur Absicherung? Gerade bei vorhandenen Immobilien, die vielleicht schon lange im Familienbesitz sind, macht es Sinn diese durch so eine Versicherung gegen die Verwertung zu schützen.

Eine (Zusatz-)Absicherung für die Kosten im Pflegefall ist somit kein Privileg der Privatversicherten, sondern vielmehr ein Baustein der alle betrifft. Daher lassen sich solche Verträge eigenständig und auch zur GKV parallel abschließen.

Hierbei ist schon in jungen Jahren ein Einstieg als Modell ohne Altersrückstellungen denkbar. Auch im Rahmen einiger Berufsunfähigkeitsversicherungen sind hier Anwartschaften und Optionen möglich, welche einen späteren Abschluss ohne neue Gesundheitsfragen garantieren und damit ermöglichen.

KRANKENHAUSTAGEGELDVERSICHERUNG:

Anders als die bereits beschriebene Krankentagegeldversicherung, welche für den Ausgleich des fehlenden Einkommens sorgt, ist die Krankenhaustagegeldversicherung eine Absicherung die Mehrkosten durch eine stationäre Aufnahme kompensieren soll.

So wird für jeden Tag im Krankenhaus der versicherte Tagessatz ausgezahlt und kann frei verwandt werden.

Egal ob dieser für Nebenkosten wie TV Nutzung oder die Fahrkosten der besuchenden Angehörigen genutzt wird, er steht als Auszahlungsbetrag zur Verfügung.

Davon kann natürlich auch der Aufpreis zu einem Zwei- oder gar Einbettzimmer bezahlt werden. Auch wenn der Volltarif nur ein Mehrbettzimmer versichert kann so der Aufenthalt im Krankenhaus aufgewertet werden. Auch dieser Zusatztarif ist für gesetzlich- und privat versicherte Kunden abschließbar.

Auch wenn es von einigen Beratern so verkauft wird, ein Chefarzt und dessen wahlärztliche Behandlung lassen sich hiermit aber **nicht** finanzieren. Es wird **häufig argumentiert**, ein Tarif ohne Einbett-/ Zweibettzimmer und ohne stationäre Wahlleistungen sei ja viel günstiger und diese Mehrkosten **gleichen Sie** dann einfach **durch ein Krankenhaustagegeld** über 150 EUR **aus**. Berechtigt stellen Sie sich nun die Frage, ob das denn geht und warum die Gesellschaften denn dann speziell Tarife mit den Wahlleistungen anbieten. Doch wie genau es mit der Abrechnung aussieht, schauen wir uns an einem typischen Krankenhausaufenthalt an. Bei der Aufnahme ohne eine Vereinbarung über so genannte Wahlleistungen (Chef-/ Privatarzt und ein Zimmer nach Wahl) werden die Kosten für den stationären Aufenthalt durch die so genannte **DRG (Diagnostis Related Groups)**, also die Fallpauschalen abgerechnet. Nach Entlassung stellt das Krankenhaus anhand der Diagnose und eventueller Nebendiagnosen eine Rechnung. Diese Abrechnung enthält dann alle Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Behandlung.

Entscheiden Sie sich aber für eine **Wahlleistung**, so bekommen Sie **mehrere Rechnungen**. Die erste ist eine pauschalisierte (DRG) Abrechnung, welche die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des Patienten berücksichtigt. Eine weitere Abrechnung berücksichtigt das gewählte **Ein- oder Zweibettzimmer**. Hierfür sind **pauschale Tagessätze** vorhanden, die Ihnen bereits bei der Aufnahme bekannt sind. Bei einer Abrechnung im Einbettzimmer sind (je nach Krankenhaus) 100- 150 EUR, im Zweibettzimmer liegen die Kosten etwas niedriger. Eine vorgeschriebene und verbindliche Pauschale gibt es jedoch nicht. Das Deutsche Herzzentrum in Berlin berechnet im Einbettzimmer zum Beispiel 110 EUR, das Zweibettzimmer ist für die Hälfte zu bekommen. Diese Mehrkosten können daher sehr gut durch eine Krankenhaustagegeldversicherung ausgeglichen werden.

Anders sieht es aber mit den **Kosten für die Chef- oder Privatarztbehandlung** aus. Die Kosten hierfür sind **weder planbar, noch pauschal** zu berücksichtigen. Anders als die Kosten für das Zimmer, entstehen die Arzthonorare nach dem Behandlungsaufwand. Der Arzt rechnet seine Leistungen gemäß den Vorgaben der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** ab und mindert diese um 25%. Diese Minderung erfolgt immer dann, wenn der Arzt während eines stationären Aufenthaltes behandelt.

Da aber **vorher nicht klar** sein kann, **was behandelt** werden muss oder welche Untersuchungen im Einzelnen durchgeführt werden, ist es auch **nicht möglich diese Kosten mit einem Krankenhaustagegeld auszugleichen**.

| Datum | GOÄ-Nr. | Anzahl | Leistungsbeschreibung | Faktor | Betrag |
|------------|---------|--------|--|--------|--------|
| 04.12.2009 | 3 | 1 | Eingehende Beratung | 2,30 | 20,11 |
| | 8 | 1 | Ganzkörperstatus | 2,30 | 34,86 |
| | | | Hinweis: zeitlich getrennt | | |
| | 60 | 1 | Konsil (Radiologie) | 2,30 | 16,09 |
| | 651 | 1 | Ruhe-BKG | 1,80 | 26,54 |
| | | | Hinweis: zeitlich getrennt | | |
| | 250 | 1 | Blutentnahme | 1,80 | 4,20 |
| | 4030 | 1 | Thyreidea stimulierendes Hormon (TSH) | 1,15 | 16,76 |
| | 3605 | 1 | Partielle Thromboplastinzeit (PTI, aPTT) | 1,15 | 3,35 |
| | 3607 | 1 | Quick-Test (venös) | 1,15 | 3,35 |
| | 3590 | 1 | Fibrinogen und Fibrinolysebestandteile | 1,15 | 4,02 |
| | 3551 | 1 | Differenzierung der Leukozyten | 1,15 | 1,34 |
| | 3557 | 1 | Kalium | 1,15 | 2,01 |
| | 3558 | 1 | Natrium | 1,15 | 2,01 |
| | 3594.H1 | 1 | GOT(ASAT) | 1,15 | 2,68 |
| | 3595.H1 | 1 | Glutamatpyruvattransaminase (GPT) | 1,15 | 2,68 |
| | 3592.H1 | 1 | Gamma-GT | 1,15 | 2,68 |
| | 3560 | 1 | Glukose | 1,15 | 2,68 |
| | 3585.H1 | 1 | Kreatinin | 1,15 | 2,68 |
| | 3741 | 1 | C-reaktives Protein (CRP) | 1,15 | 13,41 |
| | | | Hinweis: zeitlich getrennt | | |
| 05.12.2009 | 45 | 1 | Visite | 2,30 | 9,38 |
| | 45 | 1 | Visite | 2,30 | 9,38 |
| | | | Hinweis: zeitlich getrennt | | |
| | 253 | 5 | Injektion, intravenös | 2,30 | 46,92 |
| | 3651 | 1 | Urinsediment | 1,15 | 4,69 |
| | 3652 | 1 | Stixtest im Urin | 1,15 | 2,35 |
| | | | Hinweis: zeitlich getrennt | | |
| 06.12.2009 | 46 | 1 | Zweitvisite | 2,30 | 6,70 |
| | 45 | 1 | Visite | 2,30 | 9,38 |
| | | | Hinweis: zeitlich getrennt | | |
| | 3560 | 2 | Glukose | 1,15 | 5,36 |
| | | | Hinweis: zeitlich getrennt | | |
| 07.12.2009 | 46 | 1 | Zweitvisite | 2,30 | 6,70 |
| | 45 | 1 | Visite | 2,30 | 9,38 |
| | | | Hinweis: zeitlich getrennt | | |
| | 271 | 1 | Infusion, intravenös | 2,30 | 16,09 |
| | 261 | 1 | Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter | 2,30 | 4,02 |
| | | | Hinweis: zeitlich getrennt | | |
| | 3560 | 1 | Glukose | 1,15 | 2,68 |

Wie hoch sollte dieses Krankenhaustagegeld auch sein? 100, 200 oder gar 500 EUR pro Tag? Wird nur behandelt oder sind Operationen und aufwendige Diagnostik nötig?

Jede Visite und jede Spritze ist eine Einzelleistung. Gerade bei umfangreicher Diagnostik und Behandlung kommen hier beachtliche Kosten zusammen. Einen Ausgleich, aus einer pauschalen Zahlung von z.B.. 100 EUR Krankenhaustagegeld, ist hier nicht möglich.

Doch bei all den Kriterien, Bausteinen und Modellen bleibt eine entscheidende Frage:

Für wen ist denn die Private Krankenversicherung überhaupt geeignet und wer sollte besser in der gesetzlichen Krankenkasse bleiben?

Pauschal ist dieses natürlich nicht zu beantworten, jedoch gibt es bestimmte Personengruppen welche mehr oder minder geeignet sind. **Angestellte** mit einem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze sind zunächst einmal geeignet. Hierbei spielt der persönliche **Leistungsanspruch** entscheidend, ebenso wie der eigene Geldbeutel.

„Eine Private Krankenversicherung muss man sich leisten können und wollen“, so lautete mal eine Überschrift in einem meiner Blogbeiträge. Gerade die langfristige Planung spielt also bei der Frage nach dem passenden System eine entscheidende Rolle. Die Private Krankenversicherung muss (wenn diese viele Leistungen enthält) zwangsläufig stärker steigen als der GKV Schutz. Je mehr Leistungen ein Tarif enthält, desto mehr Leistungen sind auch von Preissteigerungen betroffen. Jeder der sich also mit den Systemen und einem eventuellen Wechsel auseinandersetzen möchte ist mit vielen Grundsatzentscheidungen beschäftigt. Die private Lebensplanung spielt dabei genauso eine Rolle, wie berufliche Veränderungen die sich geplant oder ungeplant ergeben können.

Bei **Selbstständigen** sollte unterschieden werden, warum diese in die Private Krankenversicherung wechseln möchten. Wer seine Leistungen verändern oder verbessern möchte, der kann das in der PKV sehr bedarfsgerecht tun. Existenzgründer sollten dagegen nicht voreilig wechseln, denn gerade bei geringeren oder stark schwankenden Einkünften ist die PKV sicher nicht die richtige Wahl. Vielfach glauben Existenzgründer sie müssen in die PKV, nachdem die Selbstständigkeit begonnen hat. Das ist aber ein Irrglaube. Natürlich können Sie weiterhin in der damaligen GKV bleiben, müssen dort aber einkommensabhängige Beiträge zahlen und es sind Mindestbeiträge zu beachten. Verändert sich das Einkommen dann, so ändert sich auch der Beitrag dort.

Die einzige Zielgruppe für die eine private Krankenversicherung nahezu immer die richtige Wahl ist, sind die Beihilfeberechtigten. Der Grund hierfür ist einfach. Da der Dienstherr einen

Teil der Krankheitskosten übernimmt (Beihilfe) muss nur der fehlende Prozentsatz versichert werden.

Eine solche Absicherung von, zum Beispiel 50% der Kosten, ist aber in der GKV nicht möglich. Dort würde der Beamte für 100% Leistungen Beiträge aufwenden und doch nur 50% der Leistungen bekommen, denn den Rest zahlt ja der Dienstherr. Versicherer bieten für diese Zielgruppe so genannte Restkostentarife an und erleichtern dem Beamten zudem den Einstieg in bestimmte Tarife mit einer Öffnungsoption.

Eines sollte aber immer beachtet werden. Zum **Geld sparen** (egal ob lang-, mittel- oder kurzfristig) **eignet sich eine private Krankenversicherung sicher nicht.**

Die Beitragsentwicklung:

Jeder der sich mit dem Thema Private Krankenversicherung (PKV) beschäftigt stolpert irgendwann über die Frage der **Beitragsstabilität** und hat (zum Teil berechnete) Bedenken was mit seinen Beiträgen im Alter geschieht. Dabei geistern in den Köpfen meist Geschichten von horrenden Summen umher, welche auf Erzählungen und kuriosen Beispielen bestehen. Damit solche Szenarien nicht auftreten und die Beiträge planbar bleiben ist eine sorgfältige Auswahl des Tarifes und der Gesellschaft wichtig.

Auch der Vergleich zwischen den beiden, völlig unterschiedlichen, Systemen der Privaten und Gesetzlichen Krankenversicherung hinkt etwas. In der GKV werden die Beiträge durch die Änderung des Beitragssatzes angehoben, so die weit verbreitete Meinung. Dieses ist aber nur die halbe Wahrheit. Die alleinige Anpassung des (seit Januar 2009 einheitlichen) Beitragssatzes ist nicht entscheidend. Durch die Anhebung der **Beitragsbemessungsgrenze** werden zusätzlich die Gutverdiener stärker belastet, da „mehr Einkommen“ beitragspflichtig wird. Allein in den letzten 10 Jahren wurde die Grenze um fast 30% angehoben. Waren in 2011 nur monatlich 3.712 EUR des Einkommens beitragspflichtig, sind es in 2021 monatlich 4.837 EUR. Dazu kommen die Kürzungen der Leistungen und die Einführung von Rezept-, Verwaltungs- oder (mittlerweile revidierten) Praxisgebühren und zum Teil drastische Leistungskürzungen. Auch in der Privaten Krankenversicherung sind Beitragsanpassungen möglich und erforderlich. Der zu Vertragsbeginn vereinbarte und garantierte Leistungsrahmen bleibt aber unverändert, denn dieser kann nur mit Zustimmung des Versicherten verändert werden.

Mit Übergang in das Rentenalter sind jedoch Veränderungen in dem Vertrag unumgänglich. So **entfällt der gesetzliche Zuschlag** in Höhe von 10% der Beiträge, da dieser zur **Verminderung von Beitragsanpassungen im Alter** zusätzlich angespart wurde. Weiterhin **entfallen Bausteine** für das Krankentagegeld und ggf. auch weitere Optionen, welche nun nicht mehr benötigte Leistungen abdecken. Eines sollte sich jeder Versicherte jedoch klar machen. Nun folgt in der Regel die Zeit, in welcher die Versicherungsleistungen auch intensiver in Anspruch genommen werden.

Daher hüten Sie sich vor Aussagen die Ihnen weiß machen wollen, Sie sollten ihren Versicherungsschutz **jetzt aus Beitragsgründen reduzieren**. Warum hatten Sie dann in jungen Jahren einen guten Schutz (den Sie wenig nutzen konnten, oder, besser mussten) und nun, wo es viel nötiger ist, einen reduzierten?

Achten Sie bei der Auswahl des Privaten Krankenversicherers gleich zu Beginn auf **solide Bedingungen**, eine saubere und klare **Kalkulation** und ein ausgewogenes und passendes Unternehmen. Auch sollten Wechseloptionen, Optionsrechte genauso bedacht werden, wie die Frage nach den anderen Tarifen des Versicherers. Es nützt gar nichts, in einem Schutz zu sein, welchen Sie sich nicht mehr leisten können, wenn es keine Alternative bei dem Unternehmen gibt. Daher müssen auch leistungsschwächere Tarife oder zumindest solche mit anderen Selbstbeteiligungen heute bei der Auswahl des passenden Versicherers berücksichtigt werden.

Fazit:

Anhand dieser Unterlagen sehen Sie sehr deutlich, dass das Thema Private Krankenversicherung und deren Auswahl mehr als komplex ist.

Wenn Sie sich mit dem Thema beschäftigen und einen Berater auswählen wollen machen Sie sich zu folgenden Fragen Gedanken bevor Sie eine Auswahl treffen:

- ? Ist der Berater Versicherungsagent einer Gesellschaft, Mehrfachagent oder Versicherungsmakler? (Mehr dazu auf unserer Homepage unter „Warum ein Makler“)
- ? Ist der Berater qualifiziert genug und vielleicht in einem Verband organisiert und vor allem, ist er spezialisiert?
- ? Kann der Berater Referenzen vorweisen und gibt er ggf. konkrete Kunden bekannt, die angerufen werden können, um nach Erfahrungen zu fragen?
- ? Ist der Berater in allen Versicherungs- und Finanzfragen aktiv oder spezialisiert auf wenige Bereiche?

Durch meine, über 20-jährige Erfahrung und Spezialisierung auf die Bereiche Private Krankenversicherung, Absicherungen gegen Berufsunfähigkeit und Produkte zur Altersvorsorge bin ich in der Lage individuell und bedarfsgerecht zu beraten. Dieses geschieht bundesweit per Telefon, Fax oder im Rahmen einer Online Beratung. (mehr dazu unter <http://www.online-pkv.de> unter dem „Über mich“. Dort stelle ich Ihnen auch meinen Beratungsansatz genauer vor, denn nicht jeder Berater passt auch zu jedem Kunden.

Manchmal ist es besser, nach einem ersten Kennenlernen nein zu sagen. Nein als Berater zu einem Kunden der unbelehrbar ist, nein als Kunde zu einem Berater, der „irgendwie nicht passt.“

Nutzen Sie die Chance mein Knowhow bei Ihrer- vielleicht lebenslänglichen- Entscheidung zur Privaten Krankenversicherung abzufordern und meine Analyse in Anspruch zu nehmen. Beachten Sie bitte aber vorab eine „Warnung“. Die Suche nach der passenden PKV oder auch der passenden BU Absicherung ist ein Prozess, welcher auch Ihnen als Kunde „Arbeit macht“ und nicht mit drei Seiten Angeboten getan sein sollte.

Wenn Sie einen Berater suchen, der „ihnen schnell ein Angebot und dann einen Antrag schickt“, kann ich leider nicht helfen. Sind Sie aber auf der Suche nach umfassender Hilfe zur Selbsthilfe und Ausbildung als Kunde um fundiert zu entscheiden, dann lassen Sie uns gern einmal genauer sprechen.

Kundenmeinungen zu der Beratung finden sie im Menüpunkt „Kundenstimmen“ auf der Homepage.

Eine gesunde Zeit wünscht Ihnen,

Sven Hennig

Neuigkeiten, Tarifeinführungen und Informationen finden sie auch auf:

<http://www.online-pkv.de/pkb-bu-blog/>

Meine spezielle Beratungsseite mit weiteren Informationen zum Ablauf, Links zu wichtigen Blogbeiträgen und meinem Beratungsansatz finden Sie unter:

<http://beratung.online-pkv.de>

Glossar

A

AHB-Anschlussheilbehandlung

Ist eine Behandlung, die meist nach schwereren Erkrankungen oder Operationen stattfindet. Diese wird meist in speziellen Kliniken (so genannten **Gemischten Anstalten**) durchgeführt. Bei den meisten Tarifen ist eine vorherige schriftliche Leistungszusage des Versicherers erforderlich.

Anwartschaft

Mit dem Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt oder erhält sich der Versicherte das Recht auf eine private Krankenversicherung, wenn diese erst später (wieder) benötigt wird. Es wird zwischen einer großen und kleinen Anwartschaft unterschieden.

Bei der kleinen A. wird nur der Gesundheitszustand konserviert um später zu dem "alten" Gesundheitszustand in die Private KV zu wechseln. Bei einer großen A. bleibt neben dem Gesundheitszustand auch das Eintrittsalter erhalten. So kann man nach Jahren so gestellt werden, als wäre man versicherungstechnisch x-Jahre jünger.

Die A. wird auch zur Überbrückung von Arbeitslosigkeit oder sonstigen Ausfallzeiten in der Privaten Krankenversicherung genutzt. Die einzelnen Möglichkeiten sind vom Unternehmen und Tarif abhängig.

Arbeitgeberbescheinigung

Die so genannte Arbeitgeberbescheinigung dient dem Arbeitgeber als Nachweis des abgeschlossenen Krankenversicherungsschutzes und der zu zahlenden Beiträge. Bis zum Höchstbeitrag zahlt dieser bei Arbeitnehmern einen Zuschuss zur Krankenversicherung.

Bitte geben Sie diese Bescheinigung schnellstmöglich nach Erhalt in Ihrem Personalbüro ab.

Arbeitgeberzuschuss

Der Zuschuss zum Beitrag für die Private Kranken- und Pflegepflichtversicherung ist gesetzlich im §257 des Sozialgesetzbuches V geregelt. Demnach ist der Arbeitgeber verpflichtet einem privat Versicherten Arbeitnehmer einen Zuschuss zu seiner Krankenversicherung zu zahlen. Dieser gilt (bis zum Höchstbeitrag) auch für mitversicherte Kinder oder Ehepartner, wenn für diese ein Anspruch auf Familienversicherung gem. §10 SGB V bestünde.

B

Basistarif

Der Basistarif wurde zum 01.01.2009 in der Privaten Krankenversicherung eingeführt. Dieser enthält bei jedem der PKV Unternehmen die gleiche Leistung und annähernd die gleiche Prämie. Eine Aufnahme in den Basistarif erfolgt ohne Zuschläge und ohne Ablehnungen. Es findet eine unternehmensübergreifende Kalkulation statt. Daher findet auch bei den Anträgen zum Basistarif eine entsprechende Risikoprüfung statt.

Für Bestandskunden die vor dem 01.01.2009 in der Privaten Krankenversicherung versichert waren ist eine (teilweise) Mitnahme der Alterungsrückstellungen in den Basistarif möglich. Nach dem Wechsel müssen diese jedoch mindestens 18 Monate in dem Basistarif (und somit dem Leistungsniveau vergleichbar der GKV) verbleiben. Erst danach ist ein besserer Schutz (mit entsprechender Risikoprüfung) möglich.

Bausteintarife

Bausteintarife oder auch Modultarife bestehen aus unterschiedlichen Komponenten für die ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung. Im Gegensatz zu den Kompaktтарifen lassen sich hier je nach Wunsch die Leistungen einzeln "wie Bausteine" zusammensetzen. Der Vorteil liegt hier in der höheren Flexibilität.

Beitragsentlastung im Alter

Hierbei handelt es sich um einen Baustein im Rahmen der Privaten Krankenvollversicherung. Dieser ist optional in den Vertrag integrierbar und ermöglicht eine **garantierte** Beitragsentlastung im Alter. Vom Funktionsprinzip ist dieser mit einer klassischen Rentenversicherung vergleichbar. Für einen Mehrbeitrag, der je nach Alter und Garantiebetrags unterschiedlich ist, wird bereits bei Abschluss des Vertrages vereinbart, dass der eigene Krankenversicherungsbeitrag ab einem Stichtag (meist das 65. Lebensjahr) um einen festen Euro-Betrag reduziert wird.

Der Vorteil bei Angestellten, die den Höchstzuschuss des Arbeitgebers noch nicht ausgeschöpft haben ist, dass der Arbeitgeber sich zur Hälfte an diesem "Sparvertrag" beteiligt. Ein Nachteil ist jedoch in der fehlenden Mitnahmemöglichkeit bei einem Versichererwechsel zu sehen.

Beitragsrückerstattung

Die Beitragsrückerstattung in der Privaten Krankenversicherung ist ein Modell um kostenbewusstes Verhalten zu honorieren. Dieses gliedert sich in zwei Modelle- die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung und die garantierte Beitragsrückerstattung (auch Pauschalleistung) genannt.

Dabei werden nach einem leistungsfreien Versicherungsjahr an die Versicherten Geldbeträge ausgeschüttet. Dieses kann nach unterschiedlichen Vorgaben erfolgen. Auch können bestimmte Untersuchungen (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen)

unberücksichtigt bleiben und die Rückerstattung auch bei eingereichten Rechnungen erfolgen.

Bestandsschutzklausel

Die Bestandsschutzklausel stellt sicher, dass Arbeiter und Angestellte, die am Stichtag 02.02.07 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren oder vor diesem Stichtag ihre gesetzliche Krankenversicherung gekündigt hatten, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, versicherungsfrei bleiben, solange sie keinen anderen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen.

C

Chefarztbehandlung

Die Chefarztbehandlung (besser: Privatärztliche Behandlung) bezeichnet die Behandlung in Krankenhäusern durch liquidationsberechtigte Ärzte. Der Begriff Chefarztbehandlung ist damit etwas irreführend, da es auch Oberärzte oder sonstige Ärzte sein können, welche privat liquidieren können. Bei einer solchen Behandlung werden getrennte Rechnungen erstellt. Der Chef-/ Privatarzt berechnet die von ihm (oder seinem Vertreter) persönlich erbrachten Leistungen, das Krankenhaus die Leistungen gemäß DRG Pauschale für den stationären Aufenthalt.

Hierzu ist zwingend eine so genannte "Wahlleistungsvereinbarung" zu schließen. Nur dann können diese Leistungen auch berechnet werden. Auch als gesetzlich Versicherter kann solche Vereinbarung geschlossen werden. Diese können Sie entweder allein zahlen, oder durch eine Zusatzversicherung rückversichern und somit die Kostenerstattung im tariflich vereinbarten Rahmen sicherstellen.

D

Diagnoseklinik

Hierbei handelt es sich um medizinische Einrichtungen/ Kliniken welche in der Regel umfangreiche Vorsorgeuntersuchungen und so genannte "Manager Check Up's" anbieten. Dabei handelt es sich meist um eine ganze Reihe von Vorsorgeuntersuchungen, welche an einem Termin zusammengefasst werden. Die Kosten hierfür liegen meist über den "normalen" Kosten. Die Kliniken sind jedoch meist auf dem technisch höchsten Stand und bieten so umfangreichste Untersuchungsmöglichkeiten. Beispielhaft sei hier die Diagnoseklinik München genannt. Ist die Erstattung in solchen Kliniken nicht explizit in den Versicherungsschutz eingeschlossen, so sollten Sie vor Nutzung dieser Einrichtungen ihren Versicherer kontaktieren oder dieses bei der Auswahl des Versicherers und den **Kriterien** berücksichtigen.

Dienstunfähigkeit

Hierbei handelt es sich um eine spezielle Definition der Berufsunfähigkeit. Die Dienstunfähigkeit ist für Beamte relevant, da sie eine Leistungspflicht der Dienstunfähigkeitsversicherung oder Berufsunfähigkeit mit entsprechender Klausel schon dann auslöst, wenn der Dienstherr den Beamten in Ruhestand versetzt.

Dabei ist zwischen der echten und unechten DU Klausel zu unterscheiden.

E

Erwerbsunfähigkeit

Volle Erwerbsminderung ist gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit soweit eingeschränkt ist, das Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt weniger als 3 Stunden täglich verrichtet werden können. (Regelung gem. § 43 SGB VI). Anders als in der Berufsunfähigkeit, die eine Betrachtung auf den ausgeübten Beruf abstellt, wird bei der Feststellung der Erwerbs(un)fähigkeit die allgemeine Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt geprüft.

Erwerbsminderungsrente

Der Gesetzgeber spricht hier von zwei unterschiedlichen Modellen zur Rentenzahlung. Die Regelungen finden sich alle im Sozialgesetzbuch IV.

Teilweise Erwerbsminderung

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes (anders als bei der Berufsunfähigkeit) mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 Nr. 3 SGB IV).

Die teilweise Erwerbsminderung führt für Versicherte zu einem gesetzlichen Rentenanspruch in Höhe von 50 % der Altersrente.

Volle Erwerbsminderung

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI). Die volle Erwerbsminderung führt für Versicherte zu einem gesetzlichen Rentenanspruch in Höhe von 100 % der Altersrente.

G

Gemischte Anstalt

Unter einer gemischten Anstalt (nach § 4 Abs. 5 MBKK) versteht man eine Klinik, in der außer stationären Heilbehandlungen auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchgeführt oder Rekonvaleszente aufgenommen werden.

In gemischten Anstalten dieser Art müssen tarifliche Leistungen nur dann gewährt werden, wenn der Versicherer dies vor Behandlungsbeginn schriftlich zusagt. Auf dieses Zustimmungsrecht kann der Versicherer ganz oder teilweise (z. Bsp. bei Notfallbehandlungen) verzichten. Dazu ist eine entsprechende Aussage in den Versicherungsbedingungen erforderlich.

Eine Liste der derzeit in Deutschland bestehenden gemischten Anstalten finden Sie im Downloadbereich.

gesetzlicher Zuschlag

Im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes wurde durch den Gesetzgeber mit Wirkung zum 01. 01. 2000 ein Zuschlag zur Stabilisierung der Beiträge im Alter eingeführt. Dieser Zuschlag wird in Höhe von 10% des Krankheitskostenbeitrages bei allen Versicherten (ausgenommen Anwartschaften, Jugendliche unter 21 Jahren, Personen über 60 Jahre, befristeten Verträgen) erhoben. Vor dem 01. 01. 2000 Versicherte erhielten eine Wahlmöglichkeit.

Erhoben wird der Zuschlag pro Versicherten und für diesen individuell in einem Depot bei dem Versicherer angelegt. Ziel des Zuschlages ist eine Verhinderung und/ oder Reduzierung von Beitragsanpassungen ab dem 65. Lebensjahr bzw. eine Senkung der Beiträge ab dem 80. Lebensjahr. Eine Möglichkeit zur Auszahlung der angesparten Beträge besteht nicht.

Gesundheitsfragen

Als Gesundheitsfragen werden all die Fragen und Informationsanforderungen bezeichnet, welche der Versicherer zu einer Antragsprüfung braucht. Hierbei können befristete oder unbefristete, offene oder geschlossene Fragen verwendet werden.

Bitte beachten Sie dabei auch, dass zum Teil nicht nur nach Behandlungen oder der Einnahme von Medikamenten gefragt wird, sondern auch nach Beschwerden oder allgemein nach Gesundheitsstörungen.

H

Heilmittel

Als Heilmittel werden verschiedene Behandlungen bezeichnet, die in der Regel von staatlich geprüften Angehörigen der Heilberufe erbracht werden. Dazu zählen zum Beispiel Massagen, Inhalationen, Physiotherapie und viele mehr, aber auch Logopädie und Ergotherapie. Die Heilmittel verursachen gerade nach schweren Erkrankungen hohe Kosten da diese langfristig erbracht werden müssen. Achten Sie darauf das der Tarif die Anzahl der Sitzungen nicht begrenzt. Welche weiteren Begrenzungen und Beschränkungen vorhanden sein können, lesen Sie im Blogbeitrag zu Angemessenheit von Heilmittelpreisen.

Hilfsmittel

Unter Hilfsmitteln versteht man (technische) Geräte, oder sonstige Hilfsmittel, welche körperliche Beschwerden lindern oder ausgleichen. Beispielhaft seien hier Prothesen, Geräte zur Künstlichen Ernährung, so genannte lebenserhaltende Hilfsmittel, Rollstühle, Blindenhunde, Epithesen und dergleichen genannt.

In der PKV gibt es so genannte "Offene Hilfsmittelkataloge" oder auch geschlossene Kataloge mit offenen Formulierungen. z. Bsp. "Versichert sind alle lebenserhaltenen Hilfsmittel". Achten Sie bei der Auswahl des Versicherers auf eine ausreichende Aufzählung und beschäftigen Sie sich mit den finanziellen Folgen.

Höchstsatz

Hierbei handelt es sich um einen Begriff aus der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Der **Höchstsatz** (3,5facher Satz) beschreibt die höchstmögliche Abrechnung des Arztes, ohne besondere und schriftliche Honorarvereinbarung. Anders als der **Regelhöchstsatz** (2,3fach) erfordert diese Berechnung eine Begründung des Arztes.

Honorarvereinbarung

Eine Honorarvereinbarung kann unter den Voraussetzungen des §2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geschlossen werden. Hierdurch wird ein abweichendes Honorar mit dem Arzt vereinbart, wenn mehr als der Höchstsatz berechnet werden soll.

Diese besondere Vereinbarung ist an strenge Vorgaben geknüpft. So darf diese nicht bei Notfall oder akuten Schmerzbehandlungen angewandt werden. Auch für die Ausgestaltung der Vereinbarung gibt es bestimmte Vorgaben. So müssen die Gebührensätze und die Höhe der Sätze angegeben werden. Auch muss diese Vereinbarung schriftlich getroffen werden und den Hinweis enthalten, das unter Umständen von dem Versicherer nicht alle Kosten erstattet werden.

J

Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

Die JAEG ist für die Beurteilung der Krankenversicherungspflicht verantwortlich. Hierzu zählen neben dem Gehalt alle dauerhaft erzielbaren Einkünfte (also auch Urlaubs-/Weihnachtsgeld), nicht aber Überstunden- und Nachtzuschläge. Beiträge zur Direktversicherung können zum Unterschreiten und somit zur Versicherungspflicht führen. Im Jahr 2012 liegt die JAEG bei 4.237,50 € (jährlich: 50.850 €).

K

Kindernachversicherung,

siehe Neugeborenenennachversicherung

Klinik-Card

Diese Karte stellt in der stationären Heilbehandlung eine Kostenübernahmegarantie dar. Ist die Klinik dem Verfahren angeschlossen, so vereinfacht das die Abrechnung der Krankenhauskosten. Diese erfolgt dann direkt mit dem Krankenversicherer, ohne dass der Patient in Vorleistung gehen muss. HUK Coburg, Debeka und die Landeskrankenhilfe sind dem Verfahren nicht angeschlossen.

Kostenerstattungsprinzip

Neben dem üblichen Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist es für den Versicherten jetzt auch möglich, sich für das so genannte Kostenerstattungsprinzip zu entscheiden.

Dabei wird der Versicherte im Außenverhältnis, also im Verhältnis Arzt <-> Patient, wie ein Privatpatient behandelt. Die gesetzliche Krankenkasse erstattet ihm das, was sie hätte im Rahmen der Regelversorgung leisten müssen.

Krankenhausambulanzen

Krankenhausambulanzen arbeiten an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Betreuung der Patienten. Die ambulante Betreuung von gesetzlich versicherten Krankenversicherten erfolgt nicht in Krankenhäusern. Durch die entsprechenden Versorgungs- und Sicherstellungsaufträge obliegt diese Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den dort angeschlossenen Vertragsärzten.

Eine Ausnahme bilden die ambulanten Operationen. Hierzu sind die Krankenhäuser seit 1993 gesetzlich zugelassen. Neben diesen Behandlungen kann durch ein Krankenhaus aber eine Notfallambulanz oder eine allgemein-klinische Ambulanz betrieben werden. (Krankenhausambulanz).

Die Privaten Krankenversicherer haben diese Versorgung hier meist ausgeschlossen und leisten die Behandlungen je nach Tarif nur in Notfällen oder sonst durch die Fach-/Allgemeinärzte. Hierbei können auch diese genutzt werden, die keine Kassenzulassung haben.

Krankentagegeld

Als Krankengeld oder Krankentagegeld bezeichnet man die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bei Krankheit. Zur Höhe der Absicherung lesen Sie bitte hier weiter.

Die Leistungen werden in der gesetzlichen Krankenversicherung max. 78 Wochen, in der PKV unbegrenzt erbracht.

Kriegsereignisse

In den Bedingungen sind die Leistungen bei Krieg oder kriegerischen Ereignissen ausgeschlossen. Der Versicherer kann diesen Schutz auch hier gewähren. Meist wird dieses durch besondere Regelungen in den Tarif- oder Musterbedingungen gelöst und zeitlich oder örtlich begrenzt.

Kündigung der GKV/ PKV

Die GKV und die Privaten Versicherer haben unterschiedliche Kündigungsfristen. In der GKV ist eine Kündigung meist zum Ende des übernächsten Monats möglich, so kein Wahltarif vereinbart wurde. In der PKV gelten unterschiedliche Mindestlaufzeiten von 1, 2, 3 Jahren und eine Kündigungsfrist von 3 Monaten.

Kurleistungen

Gemäß §5 der Musterbedingungen der Privaten Krankenversicherung besteht für Kuren keine Leistungspflicht. Von dieser Einschränkung kann der Versicherer durch besondere Vereinbarung in den Tarifbedingungen abweichen.

M

Mutterschaftsgeld

Mutterschaftsgeld wird bei Schwangerschaft in dem Zeitraum des gesetzlichen Mutterschutzes gezahlt. Dieser beginnt 6 Wochen vor- und endet 8 Wochen nach der Geburt. Bei Mehrlings-/ Frühgeburten sind es 12 statt 6 Wochen.

Gesetzlich krankenversicherte Mütter erhalten bis zu 13 EUR täglich, privat Krankenversicherte jedoch nur eine Pauschale von 210 EUR. Der Arbeitgeber stockt dieses Mutterschaftsgeld entsprechend auf. Bei privat versicherten Arbeitnehmerinnen ergibt sich hieraus eine Lücke. Die Aufstockung ist berechnet auf 13 EUR täglich, die werdende Mutter erhält aber nur 210 EUR einmalig. So kann sich eine Differenz ergeben.

N

Nettotarif

(auch Honorartarif genannt). Es handelt sich um einen Tarif z. Bsp. der Lebens- oder Krankenversicherung welcher ohne Vermittlungskosten (Courtage) kalkuliert ist. Dieser ermöglicht somit eine höhere Ablaufleistung und dadurch eine höhere Rendite bei der Altersvorsorge.

Neugeborenennachversicherung

Darunter versteht man die Pflicht des Versicherers ein Neugeborenes Kind ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern. Voraussetzung ist (meist) eine 3-monatige Vorversicherung der Eltern in der Privaten Krankenversicherung und die rechtzeitige Anmeldung (binnen 2 Monaten nach Geburt).

Der Versicherungsschutz sollte bedingungsgemäß auch alle Geburtsschäden und Erkrankungen mit einschließen. Hierfür gibt es unterschiedliche Formulierungen. (z. Bsp. "Versichert wie geboren" oder angeborene Erkrankungen und Gebrechen/ Anomalien sind mitversichert")

O

Optionstarife

Unter Optionstarifen versteht man Zusatzbausteine zu einer Krankenvoll- oder Zusatzversicherung die es ermöglichen zu festgelegten Terminen in bestimmte (oder alle) Tarife einer Gesellschaft zu wechseln ohne dann eine erneute Risikoprüfung zu befürchten (die einen Abschluß vielleicht unmöglich machen würde)

P

Pauschalleistung

oder auch pauschale Abgeltung genannt. Es handelt sich um eine Form der Beitragsrückerstattung.

Pflege(pflicht)versicherung

Pflichtbaustein zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Die Leistungen werden durch den Gesetzgeber festgelegt und sind bei allen Unternehmen identisch. Aktuelle Erstattungssätze ab 01. 01. 2010 finden Sie im Blogbeitrag "**Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung**"

Preisverzeichnis

Das Preisverzeichnis (oder auch Preis-Leistungsverzeichnis/ Sachkostenliste genannt)

beschreibt feste Erstattungsbeträge für bestimmte Leistungen.

Dieses kommt häufig bei den Kosten für Zahnersatzmaßnahmen und/ oder Heilmitteln vor. Dabei legt der Versicherer vor Vertragsbeginn bereits fest, welche Beträge für bestimmte Leistungen erstattet werden. Dieses schafft zusätzliche Sicherheit wenn die Erstattungsätze ausreichend bemessen sind. Eine automatische Anpassung erfolgt hingegen nicht, oder nur dann wenn der Versicherer dieses ausdrücklich vereinbart hat. Tipp: Bevor Sie sich für einen Tarif entscheiden, lassen Sie sich die Preisverzeichnisse aushändigen und besprechen diese mit Ihrem Behandler.

Primärarztprinzip

Der Versicherer vereinbart in den Bedingungen, dass die Erstbehandlung generell durch einen Hausarzt/Arzt ohne Facharztbezeichnung/Praktischen Arzt etc. zu erfolgen hat. Da eine Missachtung dieser Vereinbarung zu einer reduzierten Rückerstattungshöhe führt (meist werden dann nur noch 75-80%, auch für Folgebehandlungen und Medikamente, erstattet), sollte man sich gut überlegen, ob man zu einer solchen Vereinbarung bereit ist.

Privatärztliche Behandlung siehe Chefarztbehandlung

R

Regelhöchstsatz

Bei dem Regelhöchstsatz handelt es sich um einen Begriff aus der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ)**. Dieser Satz bezeichnet den 2,3fachen Satz der Vergütung, welcher "in der Regel" berechnet wird. Darüber hinaus ist jedoch eine Berechnung des Höchstsatzes (3,5) möglich.

Reha

Reha oder besser Leistungen zur Rehabilitation werden von den privaten Krankenversicherten in unterschiedlicher Ausprägung erbracht. Hierbei handelt es sich um medizinisch nötige Reha Behandlungen nach entsprechenden Erkrankungen (z.Bsp. Herzinfarkt, Schlaganfall etc.) Achten Sie bei der Auswahl darauf wie diese erstattet werden und welche Genehmigungen vorher nötig sind. Es existieren Tarifbedingungen welche bei bestimmten Erkrankungen Leistungen vorsehen, andere wiederum erst nach vorheriger (Prüfung und) Zustimmung.

Risikozuschlag

Unter dem Risikozuschlag versteht man einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag zur Privaten Krankenversicherung oder auch zur Berufsunfähigkeitsabsicherung. Hierbei werden vorhandene oder auch bereits ausgeheilte Erkrankungen berücksichtigt und so ein Zuschlag gegenüber dem gesunden Versicherungsnehmer veranschlagt.

Rücktritt

Bei einem Rücktritt, zum Beispiel wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, wird der Vertrag so behandelt, als hätte es keinerlei Vertrag gegeben. Empfangene Leistungen sind an die Beteiligten zurück zu geben.

Die Regelungen hierzu finden sich in den Paragraphen 19 (VVG neu) und 16 (VVG alt)

S

Sachkostenliste siehe Preisverzeichnis

SGB

Sozialgesetzbuch. Die gültige Fassung finden Sie hier: www.gesetze-im-internet.de. Das fünfte Buch beschäftigt sich insbesondere mit der gesetzlichen Krankenversicherung, das sechste Buch mit der gesetzlichen Rentenversicherung.

STIKO

STIKO steht für "Ständige Impfkommision". Die STIKO besteht aus derzeit 17 Experten welche vom Bundesgesundheitsministerium berufen werden. Die Mitglieder beschäftigen sich zweimal im Jahr mit gesundheitspolitischen Fragen zu Schutzimpfungen und Infektionskrankheiten und geben eine Richtlinie heraus. Zugeordnet ist die STIKO dem [Robert-Koch-Institut](#) in Berlin.

Summenbegrenzung

In den Tarifbedingungen ist meist eine Summenberenzung bei den Zahnleistungen enthalten. Diese legen Höchstgrenzen fest. Bis zu diesen Grenzen werden in den ersten Jahren oder dauerhaft die Kosten für Zahnbehandlung und/ oder Zahnersatz erstattet. Weitere Infos finden Sie unter dem Punkt **Zahnstaffel**.

T

Transportkosten

Hierbei handelt es sich um Leistungen der Privaten Krankenversicherung bei Transporten zum Arzt oder ins Krankenhaus. Achten Sie u. a. darauf, dass nicht von "Krankenfahrzeugen" die Rede ist, sondern von z. bsp. Transportmitteln. Die Transporte sind in der Regel für den ambulanten und den stationären Bereich unterschiedlich geregelt und sollten keine Entfernungsbegrenzung enthalten.

Einige Versicherer sehen tarifliche Leistungen für Fahrten zur ambulanten Behandlung vor. Dieses ist sehr sinnvoll bei bestimmten (regelmäßigen) Fahrten zur Dialyse oder zur Chemotherapie.

U

Unfall

Ein Unfall ist ein unfreiwilliges, von außen plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, welches eine Gesundheitsstörung hervorruft (Erweiterungen des Begriffs in manchen Unfallversicherungen sind möglich).

V

Versicherungsmakler

Versicherungsmakler vermitteln Verträge zwischen Versicherungsgesellschaften und Versicherungsnehmern. Sie sind Kaufleute nach dem Handelsrecht gemäß § 7 Abs. 2 Ziff. 7 HGB und nach § 93 HGB bestimmt als Handelsmakler.

Versicherungspflicht

Unter Versicherungspflicht versteht man die gesetzliche Vorgabe, dass nach der letzten Gesundheitsreform niemand mehr ohne Krankenversicherung sein darf. Nichtversicherte haben sich daher schnellstmöglich zu versichern, da sonst zum Teil empfindliche Strafen drohen.

Versicherungspflichtgrenze

Die Versicherungspflichtgrenze bezeichnet die Größe des jährlichen Bruttoeinkommens eines Arbeitnehmers, bis zu dem er sich zwangsweise (versicherungspflichtig) in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern muss. Geregelt ist diese im Sozialgesetzbuch V. Die Anpassung erfolgt jährlich durch die Bundesregierung.

Arbeitnehmer welche diese Grenze überschreiten gelten als versicherungsfrei und können sich in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichern.

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Derzeit existieren zwei Versionen: Das alte VVG, gültig für Verträge vor dem 31. 12. 2007, und das aktuelle VVG (neu), gültig ab 01. 01. 2008. Die Versicherer können derzeit selbst entscheiden, ob diese das neue Gesetz auch schon für den Bestand anwenden. Eine Verpflichtung gibt es erst ab 01. 01. 2009.

Vorsorgeuntersuchungen

Für Vorsorgeuntersuchungen gibt es in der Privaten Krankenversicherung die unterschiedlichsten Modelle. Neben Versicherern die Vorsorgepauschalen (also feste Beträge alle x Jahre) zahlen, gibt es solche die sich auf die "gesetzlich eingeführten Programme" beschränken. Diese Formulierung bindet den PKV Versicherten an die Vorgaben des Gesetzgebers. Eine Verbesserung stellt der Zusatz "ohne Altersbeschränkungen" dar. So kann eine Darmkrebsvorsorge eben nicht erst mit 40 sondern auch früher genutzt werden.

Weiterhin ist die Vorsorge oder zuvor festgelegte Untersuchungen bei einigen Gesellschaften von der Selbstbeteiligung ausgenommen. Das stellt sicher das diese nicht aus "Angst vor dem allein zahlen müssen" vernachlässigt wird.

Zu den Vorsorgeuntersuchungen gehören auch die U-Untersuchungen für Kinder.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Dies bezeichnet die Verpflichtung des Antragstellers, alle Fragen im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Regelungen dazu finden Sie im §16 VVG (alt) oder §19 VVG (neu). Bei Nichtbefolgen dieser Vorschriften drohen dem Versicherungsnehmer Rücktritt oder Kündigung durch den Versicherer.

W

Wahltarife

Bei den so genannten Wahltarifen der gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich um besondere Tarifmodelle. Diese sind in der Regel schwer miteinander vergleichbar, denn diese haben ähnlich er Privaten Krankenversicherung unterschiedliche Modelle der Selbstbeteiligung, Hausarztbindungen oder sonstige Sanktionen.

Beachten Sie auch das diese Wahltarife teilweise eine Mindestlaufzeit von 3 Jahren haben und vorher nicht gekündigt werden können.

Wartezeiten

Es gibt allgemeine und besondere Wartezeiten. Die allgemeine beträgt 3, die besondere (bei Schwangerschaft und Zahnersatz) 8 Monate. In den Wartezeiten werden zwar Beiträge berechnet aber keine Leistungen erbracht.

Z

Zahnstaffel

Hier muss unterschieden werden zwischen Zahnstaffeln welche in den ersten Jahren nach Vertragsabschluss gelten und denen die dauerhaft die Kosten begrenzen. Auch die Formulierung ist entscheidend. So achten Sie bitte darauf ob hier von Erstattungs- oder Rechnungsbeträgen gesprochen wird. Bei einer 1.000 EUR Rechnung und einer Zahnstaffel bis 500 EUR im ersten Jahr werden bei der Formulierung "75% Zahnersatz bis zum Rechnungsbetrag von 1.000 EUR gem. Zahnstaffel" nur 375 EUR (75% von 500 EUR) erstattet. Lautet die Formulierung aber "begrenzt auf 500 EUR Erstattungsbetrag, Erstattung gem. Tarif", so werden hier 500 EUR erstattet. Also 75% von 1.000 EUR, max. aber 500 EUR.

Achten Sie auch darauf das diese Zahnstaffeln nicht bei Unfällen greifen.

Zusatzbeiträge in der GKV

Beitragsanteil in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dieser wird bei Bedarf durch die gesetzliche Kasse erhoben und beträgt entweder pauschal max. 8 EUR monatlich oder aber 1% des beitragspflichtigen Einkommens. Der Arbeitgeber zahlt hierauf keinen Arbeitgeberzuschuss. Gesetzliche Grundlagen: §242 und §257 Sozialgesetzbuch V)

Zustimmung der versicherten Personen zur Kündigung

Sind mehr als eine Person versichert und möchte der Versicherungsnehmer das Vertragsverhältnis beenden, so ist die Zustimmung oder zumindest die Kenntnis der versicherten Personen zwingend erforderlich. Diese Regelung dient dem Schutz der versicherten Personen, sonst würden diese vielleicht ohne ihr Wissen plötzlich ohne Versicherungsschutz dastehen.