

TARIFCHECK✓



Private Krankenversicherung

Leitfaden zur Entscheidungsfindung

Inhaltsverzeichnis

Wo ist was zu finden?

1. Einleitung.....	3
2. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung.....	4
3. Das System der privaten Krankenversicherung.....	8
4. Die Krankenkassensysteme: Unterschiede im Überblick.....	10
5. Wer kann oder sollte sich privat Versichern?.....	11
5.1 Arbeitnehmer.....	11
5.2 Selbstständige.....	11
5.3 Beamte.....	11
5.4 Studenten.....	12
5.5 Familien mit Kindern.....	12
5.6 Wer muss sich in der PKV versichern?.....	12
6. Was muss in der PKV kalkuliert werden?.....	13
7. Wie wähle ich die "richtige" Versicherung?.....	16
8. Die verschiedenen Tarife in der PKV.....	19
8.1 Der Standardtarif in der PKV.....	19
8.2 Der Basistarif in der PKV.....	19
8.3 Die Kompakttarife in der PKV.....	20
8.4 Die Bausteintarife in der PKV.....	21
8.5 Sondertarife in der PKV.....	21
9. Interview mit Nina Schultes – Verband der privaten Krankenversicherung.....	22
10. Die Leistungen der privaten Krankenversicherung.....	24
11. Die Beitragsberechnungen der privaten Krankenversicherung.....	26
12. Die Wechsellmöglichkeiten.....	27
13. Versicherungsleistungen im Ausland.....	29
14. Wie werden Kinder mitversichert?.....	30
15. Was passiert bei Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit?.....	31
16. Beitragsentlastungen im Alter.....	32
17. Vor- und Nachteile der privaten Krankenversicherung.....	34
18. Fazit.....	35
19. Glossar.....	36

Einleitung

Wozu dient dieser Leitfaden?

Mittwoch Vormittag beim Arzt: Seit mehr als einer Stunde sitze ich im Wartezimmer und hoffe als Nächste an die Reihe zu kommen. Zeit, die ich gut woanders verbringen könnte. Zwischendurch kommen weitere Patienten in den Raum. Ihre Wartezeit ist nicht so lang, sie sind schon nach wenigen Minuten an der Reihe. „Die sind bestimmt privatversichert“, denke ich.

Wie schön wäre es nur, wenn das auch für mich gelte. Ich müsste nicht mehr so lange im Wartezimmer sitzen, hätte Anspruch auf Chefarztbehandlung im Krankenhaus und könnte obendrein noch ein Einzelzimmer verlangen.

Aber, kann ich mich überhaupt privat versichern? Worauf muss ich bei der Wahl der richtigen privaten Krankenversicherung achten? Diese und weitere Fragen, stellen viele Versicherte vor ein Rätsel.

Jede der über 40 privaten Krankenversicherungen bietet eine Vielzahl unterschiedlicher Tarife an: Auf die Frage „welche Krankenversicherung ist denn gut?“ gibt es keine patente Antwort. Die Wahl der richtigen Krankenkasse hat ganz individuelle Gründe. Wie bei der Wahl zwischen einem Kleinwagen und einer Limousine, muss sich der Kunde erst einmal die wichtigste Frage stellen: Was wünsche ich mir und was brauche ich tatsächlich? Ebenso wie die Frage, ob der „Mini“ besser ist, als der „BMW 7er“. Jeder muss für sich entscheiden, was er braucht und was er sich wünscht.

Dieser Leitfaden hilft Ihnen dabei, sich Klarheit über die [private Krankenversicherung](#) zu verschaffen. Gleichzeitig soll er die Entscheidung für oder gegen die PKV erleichtern und die wichtigsten Fragen beantworten.

Die Krankenkassensysteme

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Systeme der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung sind grundlegend verschieden. Um sich für eine der Möglichkeiten zu entscheiden, ist es wichtig sich mit beiden vertraut zu machen und die Unterschiede zu kennen. Jeder Bürger der Bundesrepublik Deutschland muss sich

krankenversichern. Erst ab einer bestimmten Einkommenshöhe, der Beitragsbemessungsgrenze oder Jahresentgeltgrenze, ist die Versicherung auf freiwilliger Basis. Dann kann der Versicherte entscheiden, ob er sich privat oder gesetzlich versichern möchte.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung

Grundsätzlich muss sich jeder Arbeitnehmer zunächst in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichern. Hier besteht ein Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsunternehmen und Ihnen, dem Versicherungsnehmer. Die Versicherung gewährt Ihnen einen Anspruch auf medizinische Betreuung, Sie dürfen sich also behandeln lassen.

Welche Leistungen gewährt werden, ist im fünften Sozialgesetzbuch festgeschrieben. Dort heißt es, dass der Versicherte Anspruch auf ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen

Wissenschaft entsprechende Behandlung hat. Abgedeckt sind dadurch ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlungen. Zudem werden die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln sowie häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährleistet. Welche Leistungen im Einzelnen übernommen werden, entscheidet die jeweilige Krankenkasse.

Problematisch ist aber, dass die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen müssen. Die Ärzte werden nach einem komplizierten System bezahlt, das an Budgets gebunden ist.



Hintergrund und Geschichte der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung ist die zentrale Säule des deutschen Gesundheitssystems und der ältesten Zweig des Sozialversicherungssystems. Am 15. Juni 1883 hat der frühere Reichskanzler Otto von Bismarck das „Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ erlassen und damit dieses System geschaffen. Zu Beginn waren nur Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und Gewerbebetrieben krankenversicherungspflichtig.

Die heutige Bundesrepublik war damals das erste Land, das eine Sozialversicherung auf nationaler Ebene einführt und somit Vorbild für viele andere Länder.

Die Krankenkassensysteme

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung

Behandelt ein Arzt mehr Patienten oder verschreibt mehr Medikamente als verordnet, übersteigt er das Budget, wird geringer entlohnt oder arbeitet im schlimmsten Fall sogar gratis. Durch diese Einflüsse kann die Motivation des Arztes sinken. Um dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu entsprechen, verschreiben viele Ärzte Medikamente, die nicht die wirksamsten, dafür aber die wirtschaftlichsten sind. Welche Behandlungsmethoden und

Medikamente verordnet und angewandt werden dürfen, entscheidet der sogenannte „Gemeinsame Bundesausschuss“ (B-GA) des Bundesministeriums für Gesundheit. Das System der GKV ist eine Art Dreiecksbeziehung zwischen Arzt, Versicherungsunternehmen und Patienten. Dies wird im folgenden Schaubild vereinfacht dargestellt.



Sozialausgleich

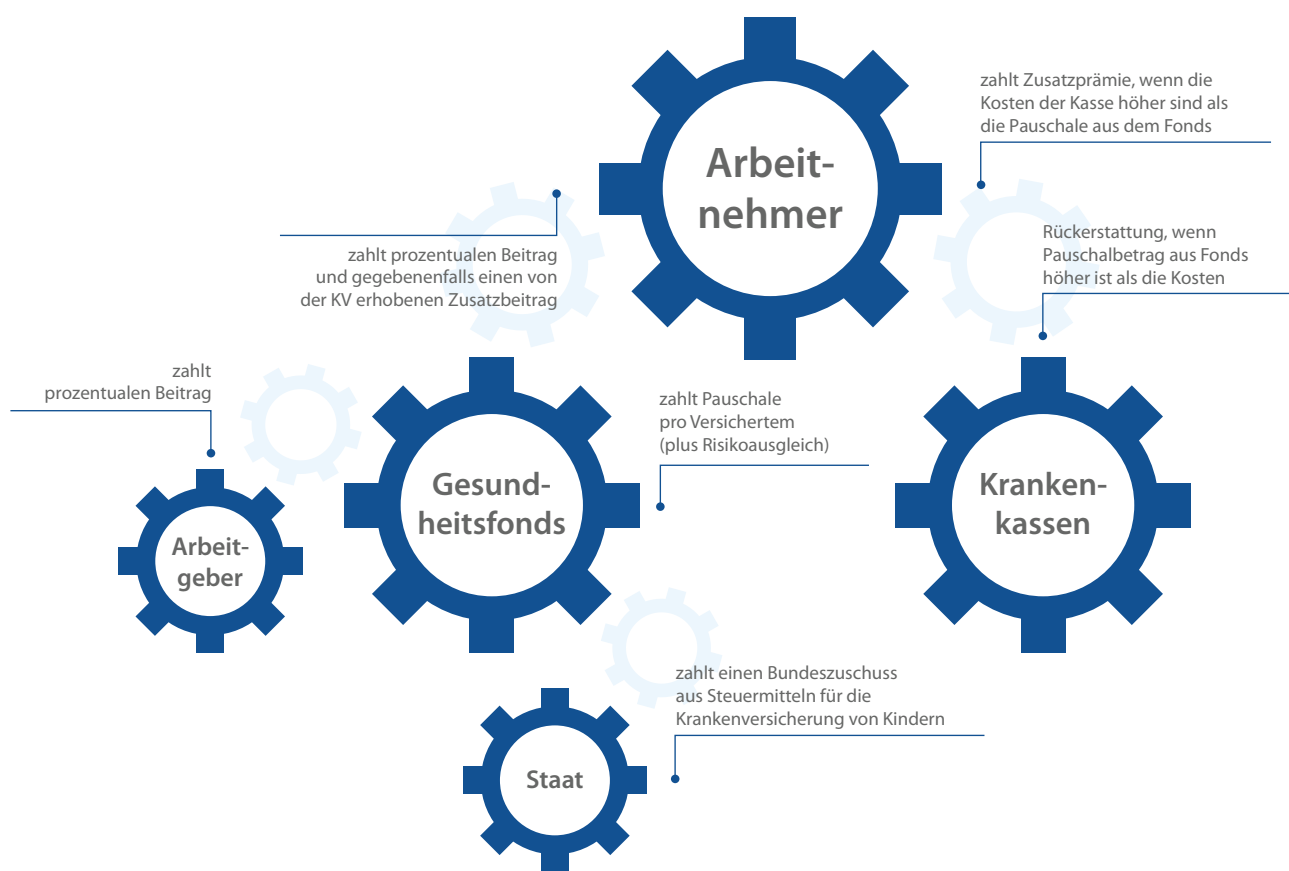
Krankenversicherungen versichern das finanzielle Risiko, das mit einer Krankheit verbunden ist. Die Kosten werden von der Solidargemeinschaft und den Arbeitgebern getragen. Das zentrale Funktionsprinzip der GKV ist: Die Gesunden stützen die Kranken.

Die Krankenkassensysteme

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung

Jeder Versicherte muss monatlich einen bestimmten Beitrag an die Krankenversicherung zahlen. Dieser richtet sich nach dem jeweiligen Einkommen. Der generelle Beitragssatz liegt bei 14,6 Prozent. Die Hälfte davon übernimmt der Arbeitgeber, die andere Hälfte zahlt der Arbeitnehmer selbst. Gleichzeitig können die Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben, um die laufenden Kosten zu decken. Die gezahlten Beiträge von Arbeitnehmern und

Arbeitgebern fließen in den Gesundheitsfonds. In diesen zahlt auch der Staat Zuschüsse für die Krankenversicherung von Kindern ein. Aus diesem Fonds wiederum erhalten die Krankenkassen eine einheitliche Grundpauschale. Zudem gibt es Zu- oder Abschläge, die sich nach Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiko des Versicherten richten. Ein Beispiel für solche Risiken können Vorerkrankungen oder Erkrankungen innerhalb der Familie sein.



Weil unsere Bevölkerung immer älter wird, steigen auch die Kosten für die Krankenkassen jährlich. Die Kosten für Pflege und Unterkunft im Altersheim müssen von den Versicherungsunternehmen übernommen werden. Daher werden die Beiträge erhöht und Kosten für manche Behandlungen nicht übernommen. Dazu gehören etwa Komplikationen nach Piercings oder Tattoos. Gleichzeitig muss der Versicherte bei schweren Erkrankungen mehr zuzahlen, wenn er in jungen

Jahren die Vorsorgeuntersuchungen versäumt. Wer sich zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung entscheidet, muss sich darüber im Klaren sein, was die beiden verschiedenen Systeme leisten. Im ersten Moment überwiegen die Vorteile der PKV: Die Chefarztbehandlung, bessere [Leistungen](#), kürzere Wartezeiten und Ein- oder Zweibettzimmer. Viele der Leistungen lassen sich aber auch durch [Zusatzversicherungen](#) in der GKV abdecken.

Die Krankenkassensysteme

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich aus Beiträgen, Bundeszuschüssen und sonstigen Einnahmen. Die Beitragshöhe, die jeweils zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt wird, ergibt sich aus dem Einkommen des Arbeitnehmers. Der Beitragssatz beträgt momentan 14,6 Prozent des Bruttoeinkommens.

Der Grund: Anfang des Jahres 2015 wurden sie von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent, gesenkt. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen jeweils 7,3 Prozent. Die Krankenkassen haben allerdings die Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben. Diese muss der Arbeitnehmer tragen.



Wichtige Zusatzversicherungen im Überblick

- Krankenhaustagegeldversicherung
- Stationäre Zusatzversicherungen – Wahlleistungen im Krankenhaus
- Ambulante Zusatzversicherung – ambulante Ergänzungstarife
- Zahnzusatzversicherungen – Vorsorge und erweiterte Behandlungen
- Zusatzversicherung für Kuraufenthalte
- Zusatzversicherung für Heilpraktikerbehandlung



Die verschiedenen Krankenkassen

Bundesweit 70 Millionen Bürger, also mehr als 85 Prozent der Bevölkerung, sind in insgesamt 124 gesetzlichen Krankenkassen versichert (Stand Februar 2015). Diese gliedern sich auf in:

- elf allgemeine Ortskrankenkassen
- 107 Betriebskrankenkassen
- sechs Innungskrankenkassen
- sechs Ersatzkassen
- eine Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forst und Gartenbau
- eine deutsche Rentenversicherung der Knappschaft Bahn See

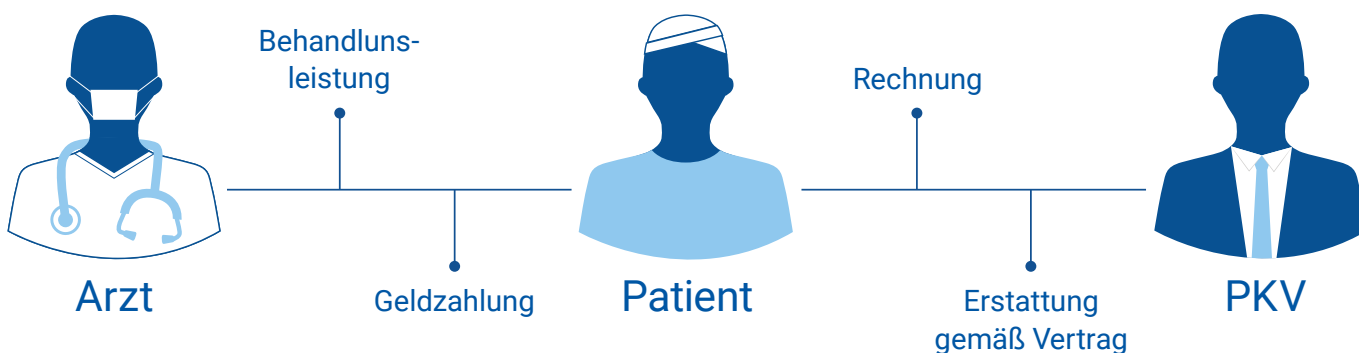
Die Krankenkassensysteme

Das System der privaten Krankenversicherung

Die privaten Krankenversicherungen (PKV) arbeiten nach einem anderen System als die gesetzlichen. Die Beiträge werden nicht nach dem Einkommen des Versicherten berechnet sondern nach dessen Eintrittsalter und Gesundheitszustand. Zur Kalkulation der Tarife wird zudem die aktuelle Sterbetafel hinzugezogen. Mit der steigenden Lebenserwartung steigen auch die Ausgaben im Alter. Damit die Beiträge im Rentenalter nicht zu hoch werden, berechnet der Versicherer seine Beiträge so, dass die Versicherten schon in jüngeren Jahren für später vorausbezahlen. Die Beiträge der Versicherten fließen nicht wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung in den Gesundheitsfonds sondern direkt an das

Versicherungsunternehmen. Die Versicherung nutzt die Beiträge, um in Anspruch genommene Leistungen zu zahlen. Gleichzeitig werden Rückstellungen für das Rentenalter des Versicherten gebildet. Ziel der Rückstellungen ist es, dass die Krankenkassenbeiträge nicht weiter steigen, wenn der Versicherte einerseits weniger verdient, andererseits aber aufgrund seines gestiegenen Alters öfter behandelt werden muss. Wird aufgrund von Erkrankungen die Leistung eines Arztes in Anspruch genommen, dann zahlt zunächst der Patient die Arztkosten. Die Rechnung reicht er bei seiner PKV ein und erhält – je nach Tarif – die Gesamt- oder Teilkosten zurückerstattet.

Die Verbindung zwischen Arzt, Patient und Versicherung:



Die Krankenkassensysteme

Das System der privaten Krankenversicherung



Für Privatversicherte gilt das Sprichwort: „Wer die Musik bestellt hat, muss sie auch bezahlen“. Das hat den Vorteil, dass Sie alle Leistungen direkt mit Ihrem Arzt vereinbaren können. Er behandelt Sie sowie Sie es wünschen und berechnet die Leistungen dann nach den gesetzlichen Vorschriften. Sie zahlen die Rechnung und bekommen die Kosten von Ihrer PKV erstattet. Eine Ausnahme besteht bei Krankenhausaufenthalten: Da die Rechnungen schnell im fünfstelligen Bereich liegen können, übernimmt die PKV die Kosten, ohne dass Sie sie zwischenfinanzieren müssen.

Ähnliches gilt für den Basistarif, den die privaten Versicherer seit 2009 anbieten müssen. Hier entsprechen die Leistungen denen der GKV, weshalb die Leistungen in diesen Fällen direkt zwischen dem Arzt und der Versicherung abgerechnet werden können.

Im Vergleich zur gesetzlichen Krankenkasse kann das private Versicherungsunternehmen allerdings auswählen, wen es versichert. Um zu ermitteln, ob der Antragsteller versichert werden soll, führt der Versicherer eine [Gesundheitsprüfung](#) durch.

Krankenkassensysteme im Vergleich

Die wichtigsten Unterschiede von GKV und PKV im Überblick

	Gesetzliche Krankenversicherung	Private Krankenversicherung
Beiträge	<ul style="list-style-type: none"> • Einkommensabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängig von Alter, Gesundheitszustand und gewünschten Leistungen
Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Leistungen sind im fünften Sozialgesetzbuch festgeschrieben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Leistungen der GKV müssen abgedeckt werden, alle weiteren sind Verhandlungssache.
Vertragsverhältnis	<ul style="list-style-type: none"> • Die Verträge bestehen zwischen dem Arzt und dem Gesundheitsfonds sowie Patient und Versicherung 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Vertrag wird zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Patienten, sowie dem Patienten und dem Arzt geschlossen.
Arzt	<ul style="list-style-type: none"> • Der Arzt ist an die Vorgaben des Bundesministeriums für Gesundheit gebunden. Er muss das Wirtschaftlichkeitsprinzip einhalten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die gewünschten Leistungen und Behandlungen werden direkt mit dem Arzt vereinbart. Zudem hat der Patient im Krankenhaus die Möglichkeit sich vom Chefarzt behandeln zu lassen.
Gesundheitsprüfung	<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich keine Prüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme nur nach Gesundheitsprüfung (Fragebogen und / oder ärztliche Untersuchung)
Familienversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Familienmitglieder sind versichert. • Ist nur ein Ehegatte berufstätig, sind alle Familienangehörigen beitragsfrei mitversichert, wenn die Angehörigen ein bestimmtes Gesamteinkommen monatlich nicht überschreiten. • Einkommenslose Kinder unter 25 sind beitragsfrei mitversichert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jedes Familienmitglied kann bedarfsgerecht versichert werden. • Jedes Familienmitglied bezahlt einen eigenen Beitrag. • Nachversicherung neugeborener Kinder ist ohne Gesundheitsprüfung möglich. • Ehegattenversicherung ist ohne Wartezeiten möglich.
Beitragsberechnung	<ul style="list-style-type: none"> • Einkommensabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach individueller Risiko-Einschätzung • Entsprechend Alter, • Gesundheitszustand und Tarif
Auslandsbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Sachleistung in Ländern mit Sozialversicherungsabkommen. • Kostenerstattung innerhalb der EU • Krankenrücktransporte werden nicht erstattet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsunterschiede nach Tarifen und Vereinbarungen. • Zeitlich begrenzte Geltung innerhalb der EU • Außerhalb der EU tarifabhängig • Krankenrücktransport
Arbeitsunfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • 90 Prozent des Netto-Entgeltes Krankengeld. • Bis zu 78 Tage Bezug in 3 Jahren • Während des Mutterschutzes bis zu 13 Euro am Tag • Abweichende Regelungen für Selbstständige 	<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Tarif erhalten Sie täglich eine vorab festgelegte Summe an Krankentagegeld.

Private Krankenversicherung

Wer kann oder sollte sich privat Versichern?

Jeder, der die Jahresentgeldgrenze in Höhe von 54.900 Euro brutto überschreitet, kann sich in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichern. Das Gleiche gilt für Freiberufler, Selbstständige, Beamte und Studenten. Für sie gilt allerdings keine Einkommensgrenze. Es ist nicht generell zu sagen, für wen sich die PKV wirklich lohnt. Das hängt von Ihrer individuellen

Einkommens- und Lebenssituation ab. Fest steht allerdings: Die private Krankenversicherung eignet sich nicht immer zum Geld sparen. Wer sich privat krankenversichern möchte, muss bestimmte Voraussetzungen erfüllen und einiges beachten. Die folgenden Personengruppen können sich privat krankenversichern.

Arbeitnehmer

Wer einer Arbeit nachgeht und mehr als 450 Euro pro Monat verdient ist versicherungspflichtig. Die Versicherungspflicht gilt bis zu einer Grenze von 54.900 Euro (Stand Januar 2015). Wer mehr als diese Jahresentgeldgrenze verdient, kann wählen, ob er sich privat oder gesetzlich versichern will.

Diese Entscheidung sollte jedoch gut abgewogen werden. Die eigenen Leistungsansprüche, die Familiensituation und das Einkommen sind ausschlaggebend, ob sich eine private Krankenversicherung wirklich lohnt oder nicht

sogar zum Problem werden kann. Denn die Beiträge für die PKV steigen mit der Zeit stärker und unregelmäßiger als die der GKV. Wer also nicht weiß, wie die finanzielle Situation in Zukunft aussieht, sollte sich nicht privat versichern. Das gilt auch für die Familienplanung. Kinder und Familienmitglieder werden in der privaten Krankenversicherung nicht automatisch mitversichert. Hier sollten sowohl die Chancen und Risiken als auch die Gefahren und Möglichkeiten genau bedacht und kalkuliert werden.

Selbstständige

Jeder, der selbstständig tätig ist, kann entscheiden, ob er sich in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung absichern möchte. Er ist per se versicherungsfrei. Wer zuvor in der GKV war und die Leistungen verbessern möchte, kann dies in der privaten Versicherung tun. Allerdings sind hier die Finanzen ein wichtiges Kriterium: Bei geringen

und schwankenden Einkünften ist die PKV nicht die richtige Wahl. Bei der PKV müssen immer die vollen Beiträge gezahlt werden und sind im Gegensatz zur GKV nicht einkommensabhängig. Zudem muss das Krankenhaustagegeld in der PKV unbedingt zusätzlich versichert werden.

Beamte

Wer im öffentlichen Dienst verbeamtet ist, kann sich nahezu bedenkenlos in der PKV versichern. Der Dienstherr übernimmt mit der sogenannten Beihilfe 50 bis 80 Prozent der Krankheitskosten. Daher muss nur der fehlende Prozentsatz versichert werden. Auch nicht berufstätige Ehepartner

und Kinder werden über die Beihilfe günstig mitversichert. Bleiben Beamte freiwillig GKV-Mitglieder, erhalten sie vom Arbeitgeber keine GKV-Zuschüsse, lediglich die Pflegeversicherungskosten werden anteilig übernommen.

Private Krankenversicherung

Wer kann oder sollte sich privat Versichern?

Studenten

[Studenten](#) können binnen der ersten drei Monate nach Studienbeginn für die Dauer des Studiums zu einer privaten Krankenversicherung wechseln.

Familien mit Kindern

Für [Familien mit Kindern](#), die kein hohes Einkommen und keinen Anspruch auf Beihilfe haben, ist die GKV sinnvoller, weil die Kinder hier kostenlos mitversichert werden. In der PKV müsste für jedes Kind sowie jeden Familienangehörigen eine zusätzliche Versicherung abgeschlossen werden.



Wer muss sich in der PKV versichern?

- Versicherungsfreie Personen, die zuletzt in der PKV waren.
- Versicherungsnehmer, die nach einem langen Auslandsaufenthalt zurück nach Deutschland kommen, keine versicherungspflichtige Anstellung in der BRD haben und zuvor in der PKV versichert waren
- PKV-Versicherte über 55 Jahre, die in den letzten fünf Jahren kein GKV-Mitglied waren, müssen in der PKV bleiben.

Viele Versicherungsmakler raten nur Beamten und Wohlhabenden zum Schritt in die PKV. Dies hat drei wichtige Gründe:

- Der Beitrag ist abhängig von Alter, Gesundheitszustand und dem gewünschten Versicherungsschutz
- Eine Rückkehr in die gesetzliche Versicherung ist in der Regel ausgeschlossen
- Die Beiträge können aufgrund in Anspruch genommener Leistungen sowie höherer Risiken im Alter stark steigen.

Private Krankenversicherung

Was muss in der privaten Krankenversicherung kalkuliert werden?



Jeder Versicherte muss für einen Teil seiner Krankenversicherungsbeiträge selbst aufkommen. Auch der Arbeitgeber zahlt die Hälfte der PKV-Kosten bis zu einem gewissen Höchstbetrag, der dem der GKV entspricht. Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte jedoch häufiger, sodass mehr Leistungen in Anspruch genommen werden müssen. Da der Arbeitgeberzuschuss im Rentenalter aber wegfällt, muss für diese Jahre vorgesorgt werden. Das sollte in jungen Jahren passieren, wenn noch nicht so

viele Leistungen in Anspruch genommen werden. Ein Versicherungsnehmer, der mit Mitte 40 in die PKV wechselt, muss also höhere Anteile für die [Altersvorsorge](#) innerhalb der Versicherung zahlen als jemand, der schon im Alter von 30 Jahren eintritt. Obwohl die Beiträge für das Alter schon in jüngeren Jahren durch Altersrückstellungen angezahlt werden, sollte dennoch mit Eintritt in die PKV Geld für die Beiträge im Alter zurückgelegt werden.

Private Krankenversicherung

Was muss in der privaten Krankenversicherung kalkuliert werden?

Ein Rechenbeispiel:

Ein 35-jähriger Selbstständiger zahlt einen monatlichen PKV-Beitrag von 395 Euro und hat eine jährliche [Selbstbeteiligung](#) von 900 Euro vereinbart. Verteilt man die Selbstbeteiligung von 900 Euro auf das ganze Jahr, so liegt die Beteiligung monatlich bei 75 Euro (900 Euro : 12 Monate = 75 Euro). Der monatliche PKV-Beitrag beträgt also maximal 470 Euro (395 Euro + 75 Euro).

Durch Inflation, innovative Untersuchungsmethoden oder Medikamente muss man davon ausgehen, dass der PKV-Beitrag bis zum Rentenalter steigt. In der Vergangenheit hat sich der Betrag

zuweilen verdreifacht. Zahlt man als 35-Jähriger also 470 Euro, dann könnte der Betrag beim Renteneintritt 32 Jahre später 1.410 Euro kosten (470 Euro x 3 = 1.410 Euro). Geht man davon aus, dass der Versicherungsnehmer 90 Jahre alt wird, müsste 23 Jahre ein monatlicher Mehrbetrag von 940 Euro erbracht werden. Dafür müssen bereits vor der Rente Rücklagen gebildet werden: Spart der selbstständige 35-Jährige jeden Monat bis zum Renteneintritt 295 Euro, dann hat er bei Renteneintritt 188.500 Euro. Wird das gesparte Geld mit 3 Prozent verzinst, dann kann er so die verteuerten PKV-Beiträge im Alter zahlen.

Die gesetzliche Rentenversicherung zahlt PKV-Zuschüsse

Wer als privat Krankenversicherter in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt hat, erhält als Rentner auf Antrag einen Zuschuss zu den PKV-Beiträgen. Wie hoch dieser ist, hängt von der Höhe der Rente ab. Das Rechenmodell entspricht dem für GKV-Beiträge. Der GKV-Betrag beträgt 14,6 Prozent des Einkommens, davon zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer je 7,3 Prozent (Stand 2015). Die Rente wird behandelt wie ein Einkommen. Erhält man monatlich beispielsweise 1.000 Euro Rente, so werden 7,3 Prozent (also 73 Euro) davon zusätzlich

als Krankenkassenzuschuss gezahlt. Insgesamt ist der PKV-Zuschuss der Rentenversicherung auf 50 Prozent des PKV-Gesamtbeitrags begrenzt.

Geht man davon aus, dass der monatliche PKV-Beitrag des 35-jährigen Selbstständigen bei Renteneintritt 1.410 Euro beträgt, würde die Rentenversicherung also nur maximal 705 Euro Zuschüsse (50 Prozent von 1.410 Euro) zahlen – dafür müsste seine Rente allerdings knapp 10.000 Euro monatlich betragen.

Private Krankenversicherung

Was muss in der privaten Krankenversicherung kalkuliert werden?



Daher gilt:

- Die PKV lohnt sich besonders für Beamte.
- Arbeitnehmer können erst ab einem Jahresbruttoeinkommen von 54.900 Euro im Jahr 2015 in die PKV eintreten.
- Selbstständige sollten genau kalkulieren, ob sie sich die Beiträge für die PKV dauerhaft leisten können.
- Familien ohne großes Einkommen sollten sich eher in der GKV versichern, weil dort die Kinder kostenlos mitversichert werden. Kinder von Beamten werden über die Beihilfe günstig mitversichert.
- Wer in der PKV und GKV ist, muss für die Rentenzeit vorsorgen. Mindestens zwei Drittel des Beitrages sollte angespart werden.

Die private Krankenversicherung

Wie wähle ich die "richtige" Versicherung?

Die Entscheidung für oder gegen die PKV ist vergleichbar mit dem Hauskauf. Sie leben in einer Wohnung, die grundlegend ausreichend ist. Sie bietet alles, was notwendig ist, aber keinen (extravaganten) Luxus. Theoretisch wäre der Kauf eines Hauses finanziell möglich, weshalb Sie sich nach Angeboten umschauchen. Sie holen also ein Angebot für ein Eigenheim ein. Sie müssten in Ruhe über diese Entscheidung nachdenken, Pro und Contra abwägen. Der Haken ist allerdings, dass der Makler Sie bittet, sich schnell zu entscheiden.

Dass kann Ihnen auch bei einem Versicherungsmakler passieren. Er macht Ihnen ein Angebot und sagt, dass es nur für kurze Zeit gültig sei, die Entscheidung daher schnell getroffen werden müsse. Es sollte Ihnen immer bewusst sein, dass Makler auf Provisionsbasis arbeiten. Um einer überhasteten Entscheidung vorzubeugen, ist es daher essentiell, sich schon im Vorfeld Gedanken darüber zu machen, was man sich von der privaten Krankenversicherung erwartet und welche Leistungen auf keinen Fall fehlen dürfen.

Bevor Sie Angebote einholen, sollten Sie sich einen Überblick über Ihre Haushaltsrisiken verschaffen:

- Wie hoch ist das Einkommen?
- Wie hoch sind die Steuerbeiträge?
- Wie hoch sind aktuell die Beiträge für die GKV?
- Welche Verbindlichkeiten, Sparverträge etc. haben sind vorhanden?
- Welche Vorerkrankungen gibt es innerhalb der Familie?
- Ist Ihre Familien-/Lebensplanung schon abgeschlossen?
- Die Beiträge können aufgrund in Anspruch genommener Leistungen sowie höherer Risiken im Alter stark steigen

Die private Krankenversicherung

Wie wähle ich die "richtige" Versicherung?

Im nächsten Schritt ist es sinnvoll, sich über die Versicherungsunternehmen, die jeweiligen Leistungen und Beiträge zu informieren. Wichtig ist,

sich genau zu überlegen, welche Kriterien die eigene PKV erfüllen muss.

- Welche Leistungen sind mir wichtig und müssen unbedingt abgedeckt werden?
- Welche Leistungen sind wünschenswert?
- Auf welche Leistungen kann ich verzichten?

Wenn Sie dies getan haben, können Sie sich über die verschiedenen Angebote informieren. Auf [TARIFCHECK](#) erhalten Sie unverbindlich und kostenlos Angebote entsprechend Ihrer Vorgaben. Allerdings sollte dies immer während eines bestehenden Versicherungsschutzes getan

werden. In dieser Zeit ist die Krankenversicherung noch abgedeckt und man hat ausreichend Ruhe, um eine Entscheidung wohlüberlegt zu treffen. Auch drohen Strafen, wenn man als Bürger der BRD keine Krankenversicherung hat.



Die Hilfsmittelkataloge:

In der privaten Krankenversicherung gibt es zwei Arten von Hilfsmittelkatalogen: Den offenen und den geschlossenen Hilfsmittelkatalog. Um für sich herauszufinden, welcher der richtige ist, sollte zwischen beiden unterschieden werden können.

Der offene Hilfsmittelkatalog:

In diesem Katalog werden keine festen Hilfsmittel genannt. Der medizinische Fortschritt ist hierbei mit einkalkuliert und versichert.

Der geschlossene Hilfsmittelkatalog:

In diesem Hilfsmittelkatalog sind alle versicherten Hilfsmittel genau aufgeführt. Alles, was nicht im Katalog steht, wird auch nicht versichert.

Die private Krankenversicherung

Wie wähle ich die "richtige" Versicherung?

Diese Fragen sollten Sie vor Tarifabschluss beantworten:

- Können Sie mit Einschränkungen bei der Arztwahl leben?
- Welche Reha-Leistungen sollten abgedeckt sein?
- Wie sieht die Zukunfts- und Familienplanung aus? Besteht ein Kinderwunsch?
- Wie sieht die berufliche Planung aus? Bleibt alles beim Alten oder stehen vielleicht Veränderungen an?
- Sind Sie rentenversichert? Bestehen Leistungsansprüche aus berufsständischen Versorgungswerken?
- Soll es ein offener oder geschlossener Hilfsmittelkatalog sein?
- Sollen psychotherapeutische Behandlungen abgedeckt sein? Wie hoch soll die Eigenbeteiligung sein und darf es Einschränkungen geben?
- Darf es Einschränkungen bei der Erstattungshöhe von Zahnbehandlungen geben?
- Soll der Vertrag im Nachhinein abänderbar sein?
- Darf es Einschränkungen bei Ärzten oder Krankenhäusern geben?
- Wann und wo endet der Versicherungsschutz? Wie kann er angepasst werden?
- Könnten Sie mit Einschränkungen leben, die sie gegebenenfalls schlechter stellen als in der gesetzlichen Krankenversicherung?
- Kennen Sie die Bedeutung und Notwendig des Krankentagegeldes und den Übergang zur Berufsunfähigkeit?

Wer diese Fragen für sich und die eingeholten Angebote beantworten kann, hat die richtige Grundlage, um die Entscheidung für oder gegen die PKV, aber auch für das richtige Versicherungsunternehmen und einen Tarif zu treffen.

Private Krankenversicherung

Die verschiedenen Tarife in der PKV

Der Standardtarif in der PKV

Wer im Alter Probleme hat, die hohen Beiträge zu zahlen, kann bei seinem Versicherer in den Standardtarif wechseln. Dieser Wechsel ist allerdings nur im gleichen Versicherungsunternehmen möglich. Die einzige Voraussetzung: Sie müssen schon vor dem 1. Januar 2009 einen Vertrag bei dieser Versicherung abgeschlossen haben. Der Standardtarif richtet sich bei den Leistungen und der Preisgestaltung nach der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch einen Wechsel in den Standardtarif können Sie oftmals viel Geld sparen. Der durchschnittliche Beitrag lag im Jahr 2013 bei 283 Euro. Maximal darf der Tarif so viel Kosten wie der Höchstbeitrag

in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das waren zuletzt knapp 630 Euro im Monat. Das klingt zunächst einmal sehr gut. Dennoch ist ein Wechsel in diesen Tarif gründlich abzuwägen. Auch wenn der Selbstbehalt mit 300 Euro verhältnismäßig gering ist, müssen Sie dennoch davon ausgehen, dass Sie viele Kosten selbst tragen müssen. Die Erstattung gegenüber Ärzten liegt Ambulant beim 1,8-fachen Satz. Bei Privatpatienten rechnen die Ärzte oftmals aber teurer ab, sodass hier weitere Kosten auf den Versicherten zukommen können. Zudem liegt das Leistungsniveau des Standardtarifs in einigen Bereichen unterhalb der GKV, sodass vielleicht nicht alle Behandlungen übernommen werden.

Der Basistarif in der PKV

Seit dem 1. Januar 2009 sind alle privaten Versicherer dazu verpflichtet einen Basistarif anzubieten. Dieser ist vor allem für Rentner und Nichtversicherte gedacht, die sich nicht in der gesetzlichen Krankenkasse versichern dürfen. Dieser Tarif soll sicherstellen, dass jedem Versicherungspflichtigen ein bezahlbarer Schutz ermöglicht wird.

Wie schon der Standardtarif richtet sich auch der Basistarif nach den Leistungen der GKV. In den Versicherungsbedingungen des Basistarifs heißt es: „Die Vertragsleistungen des Basistarifs sind in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem dritten Kapitel des fünften Buches Sozialgesetzbuch auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar.“

Der Basistarif gleicht der GKV. Der Beitrag darf den Höchstbeitrag von 640 Euro nicht überschreiten, die Leistungen sind gleich. Hilfebedürftige und Sozialhilfeempfänger, die nicht versicherungspflichtig in der GKV sind, müssen nur den halben Beitrag zahlen. Obwohl die PKV im Basistarif jeden aufnehmen muss, verlangt sie

im Vorfeld die Gesundheitsprüfung. Im Falle eines späteren Wechsels in einen anderen Tarif, muss die Prüfung dann nicht mehr durchgeführt werden. Im Basistarif darf der Versicherer keine Risikozuschläge verlangen oder Leistungen ausschließen.

Die Versicherten können - wie auch bei den anderen Tarifen der PKV - einen Selbstbehalt von 300, 600, 900 oder 1200 Euro wählen. Allerdings sind Sie dann für drei Jahre an diesen Tarif gebunden. Es können aber, wie auch in der GKV üblich, Zusatzversicherungen für bessere Leistungen (Krankenhaus- oder Zahnbehandlung) abgeschlossen werden. Ein Wechsel in den Basistarif lohnt sich allerdings nur, wenn der Beitrag deutlich höher ist, als die Kosten für den Basistarif. Der Basistarif kann für Versicherte nachteilig werden: Je nach Arzt kann es passieren, dass Patienten nicht behandelt werden, oder weitaus höhere Rechnungen bezahlen müssen. Die Ärzte rechnen mehr ab als die Versicherung abdeckt. Die übrigen Kosten müssen dann vom Versicherten getragen werden.

Private Krankenversicherung

Die Kompakttarife in der PKV

Wie der Name schon vermuten lässt, sind diese Tarife als Paket konzipiert. Meistens sind sie nicht variabel. Ein Kompakttarif richtet sich an beitragsorientierte Personen. Vor der Auswahl dieser Angebote sollten Sie wissen, was Ihnen bei einer privaten Krankenversicherung wichtig ist. Eine Veränderung der Leistungen ist in fast allen Fällen nur durch einen Tarifwechsel möglich. Jeder große Versicherer bietet solche Kompakttarife als Einsteigertarif an. Sie leisten nur so viel wie die GKV und sind durch

hohe Selbstbehalte meist besonders günstig. Sie sollten daher nicht als dauerhafte Lösung, sondern eher als vorübergehende Lösung und Einstieg in das System der privaten Krankenversicherungen betrachtet werden. Die Grund- und Kompakttarife sind nicht für den dauerhaften Verbleib konzipiert. Die Versicherer rechnen mit einer hohen Fluktuationsquote und konzipieren diese mit ein. Es ist daher wichtig, auf Wechselmöglichkeiten und Optionen zur Verbesserung des Schutzes zu achten.

Vorteile der Kompakttarife:

Sie sind die modernen, neueren und billigeren Tarife. Die Gefahr, dass sich die Tarife durch zu wenige Neuzugänge verteuern und „vergreisen“ ist gering. Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherer sauber kalkuliert. Diese Tarife sind in der Regel billiger als ähnliche Leistungen in individuell zusammengestellten Verträgen. Gleichzeitig ist die Tarifstruktur leicht überschaubar und verständlich. Man weiß genau, welche Leistungen in welchem Paket enthalten sind. Wer nicht erkrankt und keine Leistungen in Anspruch nimmt, bekommt eine Beitragsrückerstattung. Diese fällt auf den ganzen Beitrag an und nicht nur auf einzelne Bausteine.

Nachteile der Kompakttarife:

Kompakttarife sind nicht variabel und müssen als Gesamtpakete akzeptiert werden. Es ist nicht möglich, andere Leistungen – wie zum Beispiel Einbettzimmer – zu versichern oder auszuschließen. Risikozuschläge werden auf den gesamten Versicherungsbeitrag erhoben. Wer also einen Aufschlag wegen Übergewicht zahlen muss, zahlt diesen auch auf die Zahnbehandlungen, auch wenn dort selten Mehrkosten durch Übergewicht entstehen. Ähnlich ist es auch beim Selbstbehalt. Auch hier erstrecken sich die Kosten auf alle Leistungen. Der Selbstbehalt oder andere Bestandteile der Tarife lassen sich nur schwierig ändern. Wechsel in andere Tarife ohne Gesundheitsprüfung werden erschwert, weil die Leistungen nicht identisch sind und keine Flexibilität in der Leistungsauswahl besteht. Auch können Mehrleistungen in dem neuen Tarif ausgeschlossen werden.

Private Krankenversicherung

Die verschiedenen Tarife in der PKV

Die Bausteintarife in der PKV

Bausteintarife sind die klassische Form der privaten Krankenversicherungen. Für jeden der drei Grundbereiche „ambulante Leistungen“, „stationäre Leistungen“ und „Zahnleistungen“ werden mehrere Varianten angeboten. Sie können daraus ein individuelles Paket nach Ihren Vorstellungen zusammenstellen. Im ambulanten

Bereich kann der Selbstbehalt in mehreren Stufen gewählt werden. Im Krankenhaus kann zwischen Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmern entschieden sowie die Chefarztbehandlung gewählt werden. Zudem können Sie die Erstattungshöhe für einen Zahnersatz selbst bestimmen.

Vorteile der Bausteintarife:

Ein Vorteil der Bausteintarife ist, dass Sie ihr Versicherungspaket genau nach Ihren Vorstellungen zusammenstellen können. Gleichzeitig werden Risikozuschläge nur für die Bereiche erhoben, in denen auch Leistungen fällig werden könnten. Wenn die bisherigen Leistungen nicht ausreichen, kann zudem problemlos andere Bausteine wählen oder bisherige wegfallen lassen.

Nachteile der Bausteintarife:

Die Bausteintarife sind meist älter. Wenn der von Ihnen gewählte Versicherer neuere Kompakttarife anbietet, dann sind diese für Neuabschlüsse günstiger. Dabei besteht die Gefahr, dass in den folgenden Jahren hohe Beitragsanpassungen gemacht werden. Bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen werden die Beitragsrückerstattungen nur für einzelne Bausteine und nicht für den Gesamtbetrag zugewiesen.

Sondertarife in der PKV

Für bestimmte Berufsgruppen bieten Versicherungsunternehmen Sondertarife in der Kranken- und Krankentagegeldversicherung an. Für Ärzte, Zahn- und Tierärzte gibt es häufig günstige Spezialtarife. Auch anderen Berufsgruppen werden Ver-

günstigungen angeboten. Bei den Gesprächen mit Ihrem Berater, sollten Sie nach solchen Spezialtarifen fragen, gleichzeitig aber auch Einschränkungen in den Gruppentarifen beachten.

Private Krankenversicherung

Interview mit Nina Schultes – Verband der privaten Krankenversicherung

Wenn ich einen Vertrag abgeschlossen habe und später merke, dass ich doch nicht zufrieden bin. Kann ich den Tarif dann noch ändern?

Ja, das ist möglich: Wahlfreiheit und individueller Versicherungsschutz gehören zu den Wesensmerkmalen der Privaten Krankenversicherung (geregelt in § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes). Damit die Privatversicherten noch leichter die für sie beste Tarifoption finden und auswählen können, hat die Branche erst kürzlich einen Leitfaden zum unternehmensinternen Tarifwechsel erarbeitet. Das Tarifwechselrecht gibt den Versicherten den Anspruch auf eine persönliche und bedarfsgerechte sowie kostenlose Beratung durch das Unternehmen beim Wunsch nach einem Tarifwechsel. Spätestens 2016 wird der Leitfaden in vollem Umfang von allen teilnehmenden Unternehmen umgesetzt.

Was passiert bei einem Arbeitgeberwechsel?

Wenn Sie als Arbeitnehmer den Arbeitgeber wechseln, können Sie bei Ihrer bisherigen Versicherung verbleiben. Voraussetzung ist aber, dass Sie weiterhin ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze haben (2015: 54.900 Euro). Relevant für die Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts sind das monatliche Bruttoeinkommen sowie ggf. vermögenswirksame Leistungen, Weihnachts- und Urlaubsgeld, Bereitschaftsvergütungen (sofern sie vertraglich vorgesehen sind und regelmäßig gezahlt werden) sowie Überstundenpauschalen.

Was passiert bei Verlust der Arbeit?

Wenn Sie arbeitslos werden, tritt grundsätzlich Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Wer möchte, kann sich aber innerhalb von drei Monaten von dieser Versicherungspflicht durch Antrag bei einer Krankenkasse befreien lassen. Voraussetzung hierfür ist aber, dass Sie be-

reits privat versichert sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nicht in der GKV versichert waren.

Was passiert, wenn ich meine Beiträge nicht zahlen kann?

Neben den bereits ausgeführten Möglichkeiten zum Tarifwechsel kann der Versicherte auch entscheiden, bestimmte Leistungsbestandteile nachträglich auszuschließen oder einen höheren Selbstbehalt zu vereinbaren. Darüber hinaus können Privatversicherte, die schon vor 2009 in der PKV waren, im Alter z. B. in den Standardtarif wechseln. Dieser Tarif bietet vergleichbare Leistungen wie die Gesetzliche Krankenversicherung und ist auf maximal den GKV-Höchstbetrag gedeckelt. Diese Spanne wird aber fast nie ausgeschöpft: 2013 lag der Durchschnittsbeitrag im Standardtarif bei 283 Euro im Monat (für Beihilfe-Versicherte noch deutlich niedriger), wobei es bis zu 130 Euro Zuschuss von der Rentenversicherung geben kann. (Der PKV-Verband möchte den Standardtarif als gut funktionierenden Sozialtarif auch für die ab 2009 eingetretenen Versicherten öffnen, benötigt dazu aber entsprechende Gesetzesänderungen, zu denen die derzeitige Koalition jedoch nicht bereit ist.)

Wird ein Versicherter zudem hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts oder würde es durch Zahlung des Versicherungsbeitrags werden, reduziert sich der Beitrag im Basistarif auf die Hälfte des Höchstbeitrags. Besteht trotz der Beitragshalbierung weiterhin Hilfebedürftigkeit, zahlt der zuständige Träger (Bundesagentur für Arbeit oder Sozialamt) einen Zuschuss zum Versicherungsbeitrag in der Höhe, dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Gegebenenfalls übernimmt er auch den gesamten Anteil des Beitrags: Der eigene Zahlbeitrag liegt dann bei Null.

Private Krankenversicherung

Interview mit Nina Schultes – Verband der privaten Krankenversicherung

Gibt es schwarze Schafe unter den Versicherern?

Unsere Mitgliedsunternehmen decken nahezu den kompletten privaten Krankenvoll- und Zusatzversicherungsmarkt in Deutschland ab. Voraussetzung für die Mitgliedschaft im Verband ist der Geschäftsbetrieb in Deutschland sowie die Zulassung des Unternehmens durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder eine Landesaufsichtsbehörde. Wir gehen davon aus, dass alle Mitgliedsunternehmen das deutsche

Recht zutreffend umsetzen. Natürlich kann es wie überall sonst auch hier in Einzelfällen zu Rechtsunsicherheiten sowie Rechtsüberschreitungen kommen. Als besonderen Service haben Privatversicherte bei Meinungsverschiedenheiten mit ihrem Unternehmen den Ombudsmann zu kontaktieren. Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung.



Private Krankenversicherung

Leistungen

Wie die Leistungen in der privaten Krankenversicherung genau aussehen, variiert je nach Versicherungsunternehmen und Tarif. Grundsätzlich gilt in der privaten Krankenversicherung, dass die Behandlung durch alle niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Heil-

praktiker erfolgen kann. Dies lässt sich bei Bedarf, zum Beispiel durch eine Beitragsreduzierung, einschränken. Zudem ist es jederzeit möglich, den Arzt zu wechseln. Es bedarf keiner Überweisung. In einigen Tarifen kann der Versicherte zudem weltweit Spezialisten zu Rate ziehen.

In der PKV gibt es drei Bausteine, die nach Ansicht der Experten von Stiftung Warentest auf jeden Fall abgeschlossen werden sollten:

- **Der Ambulanztarif:** Er umfasst alle Honorare für Behandlungen und Untersuchungen sowie Verschreibungen. Wenn der Arzt sie verschreibt, werden auch Schmerzmittel erstattet.
- **Der Stationärtarif**
- **Der Zahnersatztarif**

Selbstständige sollten zudem unbedingt eine Krankentagegeldversicherung abschließen. Auch für Arbeitnehmer kann das sinnvoll sein, wenn die Zahlung des Arbeitgebers bei längerer Krankheitsphase endet. Leistungen wie beispielsweise die Behandlung durch Heilpraktiker müssen

separat versichert werden. Weitere Zusatzversicherungen, die in Betracht gezogen werden müssen, sind die Auslandsreise-Krankenversicherung, die einen Rücktransport enthält, und die Pflegezusatzversicherung.

Private Krankenversicherung

Leistungen

Diese Leistungen sollten optimaler Weise abgedeckt sein:

- Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus
- Stationäre Psychotherapie für 30 Behandlungstage im Jahr
- Krankentransportkosten zum nächstgelegenen Krankenhaus bis 100 Kilometer Entfernung pro Jahr
- Arzt- und Zahnarzt Honorare bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung
- Zahnbehandlungen bis zu 90 Prozent der Kosten
- Zahnersatz und Inlays – sowohl zahnärztliche Leistungen als auch Material- und Laborkosten – zu 65 Prozent
- Die Erstattung von 70 Prozent der Kosten für 50 ambulante Behandlungen pro Jahr
- Vorsorgeuntersuchungen im Umfang der Leistungen innerhalb der GKV
- Erstattung von 75 Prozent der Kosten für physikalische Therapie und Logopädie
- Erstattung verschreibungspflichtiger Medikamente
- Die Erstattung von mindestens 75 Prozent der Kosten für Hilfsmittel
- Krankentagegeldversicherung

In allen Tarifen gibt es Einiges zu beachten: Bei Zahnbehandlungen und Zahnersatz hat der Versicherte die Wahl zwischen prozentualen Erstattungssätzen. Bei Heilmitteln kann die Kostenerstattung begrenzt sein. Bei Hilfsmitteln können Versicherte zwischen Tarifen mit offenen oder geschlossenen Hilfsmittelkatalogen wählen. Zu be-

achten ist außerdem, dass ambulante und stationäre Kuren in der Regel nicht mitversichert sind, aber durch entsprechende Tarife ergänzt werden können. Sollte der Beitrag aufgrund von finanziellen Engpässen reduziert werden müssen, gilt dies dauerhaft und ist nicht ohne Weiteres rückgängig zu machen.



Vorsicht: In manchen Katalogen werden auch absolute Beiträge genannt. Hier wird beispielsweise gesagt, dass für einen Rollstuhl die Kosten von bis zu 500 Euro übernommen werden. Dieser Betrag könnte jetzt schon nicht ausreichen. Wenn die Preise durch die Inflation weiter steigen, passen sich die Beträge im Hilfsmittelkatalog allerdings nicht an, so dass der Versicherte einen höheren Beitrag für den Rollstuhl zahlen müsste.

Private Krankenversicherung

Beitragsberechnung

Die Beiträge in der Privaten Krankenversicherung berechnen sich im Gegensatz zur gesetzlichen Versicherung nicht nach Höhe des Einkommens des Versicherungsnehmers. Die privaten Versicherungen errechnen die Höhe der Beiträge nach Eintrittsalter und Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers sowie den gewünschten Versicherungsleistungen. Das Geschlecht des Versicherungsnehmers spielt dabei keine Rolle mehr, wie es noch vor einigen Jahren der Fall war.

Liegen Vorerkrankungen, Allergien oder Erkrankungen in der Familie vor, so stellen diese ein Risiko für das Versicherungsunternehmen dar. Dadurch verteuern sich die Beiträge. Ein wichtiger Punkt für die Höhe der Beiträge sind die Wünsche des Versicherungsnehmers. Wird ein Einbettzimmer gewünscht? Sollen Naturheilverfahren angewandt werden? Soll die Chefarztbehandlung gewährleistet werden? Soll es einen Selbstbehalt geben? All diese Leistungen werden in verschiedenen Tarifen abgedeckt und versichert. Für jeden Tarif werden

unterschiedliche Beiträge erhoben. Hinzu kommen die Vorsorgemechanismen der Unternehmen und des Gesetzgebers. In jungen Jahren muss für die Zeit im Rentenalter vorgesorgt werden. Daher werden zehn Prozent auf den Beitrag aufgeschlagen, um die Beiträge im Alter nicht weiter steigen zu lassen. Je jünger der Versicherungsnehmer in die PKV eintritt, desto geringer ist die monatliche Belastung für die Altersvorsorge.

Ein weiterer Faktor für die Beitragsberechnung ist die Höhe des Selbstbehalts. Jeder Versicherungsnehmer kann einen Selbstbehalt wählen, um die Beiträge geringer zu halten. Damit zahlt er einen maximalen jährlichen Beitrag für Behandlungen selbst. Der Arbeitnehmer beteiligt sich nicht am Selbstbehalt. Der Selbstbehalt lohnt sich besonders für Selbstständige. Diese sparen durch einen höheren Selbstbehalt bei den monatlichen Beiträgen. Ein Selbstbehalt von mehr als 1.000 Euro ist jedoch nicht ratsam, da der Versicherer diesen ohne Weiteres erhöhen kann.



Berechnungsbeispiel: In einem Test der Stiftung Warentest lagen die Angebote der Versicherungsunternehmen bei 500 bis 1.000 Euro für Selbstständige und zwischen 300 und 1.000 Euro für Arbeitnehmer.

Im Test kostete der günstigste Versicherungstarif für Selbstständige bei einem Selbstbehalt von 900 Euro monatlich 395 Euro. Beim teuersten Tarif liegt die Beitragshöhe bei gleicher Selbstbeteiligung bei 728 Euro. Für Beamte kostet der günstigste Tarif 196 Euro. Hier wird kein Selbstbehalt vereinbart, da die meisten Kosten durch die Beihilfe abgedeckt sind. Die günstigsten Tarife für Arbeitnehmer kosten monatlich rund 440 Euro. Der Selbstbehalt variiert hierbei zwischen 450 und 600 Euro.

Private Krankenversicherung

Wechselmöglichkeiten

Grundsätzlich kann jeder in die PKV wechseln, der von der Versicherungspflicht befreit ist. Wer sich nach Aufhebung der Versicherungspflicht dazu entscheidet in der GKV zu bleiben, kann dies ohne Weiteres tun. Allerdings ist er danach für mindestens 18 Monate an diese Versicherung gebunden. Dann muss die gesetzliche oder vertraglich vereinbarte Kündigungsfrist eingehalten werden.

Wer schon seit einigen Jahren in der PKV versichert ist und nun eine Versicherung in der GKV wünscht, kann nicht von jetzt auf gleich zurückwechseln. Dies ist nur für Versicherungsnehmer möglich, die das Alter von 55 Jahren noch nicht erreicht haben und nicht länger als fünf Jahre in der PKV versichert waren. Wer seine Beiträge aufgrund seiner finanziellen Situation nicht mehr zahlen kann, wechselt vom bisherigen Tarif in den Basis- oder Standardtarif (je nach Beginn der Versicherung), der den Leistungen der gesetzlichen Versicherung entspricht.

Innerhalb der Privaten Krankenversicherung ist ein Wechsel wesentlich unkomplizierter. Im gleichen Unternehmen ist es möglich für den Versicherungsnehmer in andere Tarife, sowie den Basis- oder Standardtarif zu wechseln. Das Versicherungsunternehmen ist dazu verpflichtet, dem Antrag auf einen Tarifwechsel zuzustimmen.

Soll der neue Tarif Mehrleistungen bieten, kann das Versicherungsunternehmen allerdings eine Gesundheitsprüfung verlangen. Wird innerhalb eines Unternehmens gewechselt, bleiben die Altersrückstellungen vollständig erhalten.

Anders sieht das bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens aus. Hier kann nur die Höhe der Altersrückstellungen mitgenommen werden, die denen des Standardtarifs entsprechen. Das sind in etwa 40 bis 50 Prozent der Rückstellungen. Der Rest müsste neu angespart werden, was die Beiträge beim neuen Versicherer erhöhen würden. Deshalb müssen Sie sich vor einem Wechsel bewusst sein, ob Sie das Unternehmen wirklich verlassen wollen. Wechselwillige sollten daher im Vorfeld überprüfen ob es beim bisherigen Versicherer nicht passende Tarife gibt. Die Altersrückstellungen sollten in vollen Umfang beibehalten werden. Zudem sollte darauf geachtet werden, ob eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig ist. Personen bei denen Krankheitsrisiken oder bereits Erkrankungen bestehen, sollte das Versicherungsunternehmen nicht wechseln. Die bestehenden Erkrankungen könnten nicht mitversichert oder nur gegen einen sehr hohen Risikoaufschlag versichert werden. Im schlimmsten Fall könnte der Versicherungsnehmer abgelehnt werden.

Private Krankenversicherung

Wechselmöglichkeiten



Die wichtigsten Fakten zum Wechsel im Überblick:

- Nach Ende der Versicherungspflicht ist ein Wechsel in die PKV möglich. Wer zunächst in der GKV bleibt, muss die Kündigungsfristen beachten.
- Ein Wechsel innerhalb des privaten Versicherers ist jederzeit ohne Risikoprüfung möglich. Die Versicherung ist verpflichtet diesen Antrag zu bewilligen. Alle Altersrückstellungen werden beibehalten.
- Der Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen ist ebenfalls möglich. Hier können aber maximal 50 Prozent der Altersrückstellungen behalten werden. Der Rest muss neu angespart werden. Zudem kann eine Gesundheitsprüfung verlangt werden, die zu höheren Risikozuschlägen oder bei Vorerkrankungen im schlimmsten Fall zu einer Ablehnung führen kann.

Private Krankenversicherung

Versicherungsleistungen im Ausland

Eine Reise ins Ausland oder ein längerer Aufenthalt in einem anderen Land ist immer verlockend. Wer im Ausland ins Krankenhaus muss und dann nicht krankenversichert ist, muss oft alle Rechnungen selbst zahlen. Im schlimmsten Fall kann das die Existenz bedrohen. Daher ist es vor einem Auslandsaufenthalt immer notwendig, seinen Versicherungsschutz zu überprüfen oder gegebenenfalls eine Auslandsrankenversicherung abzuschließen.

Für die Dauer von einem Monat gilt der volle Versicherungsschutz in der Regel weltweit. Ist die Heimreise aus gesundheitlichen Gründen nicht machbar, kann der Vollschutz um drei Monate verlängert werden. Allerdings bietet nicht jeder Tarif diese Möglichkeit. Der Krankenrücktransport ist in den meisten Fällen generell nicht abgedeckt.

Innerhalb der Europäischen Union ist der Versicherungsschutz unbegrenzt abgedeckt. Inwieweit der Schutz außerhalb der EU gilt, muss mit jeder Versicherung individuell geklärt werden. Die jeweiligen Angebote unterscheiden sich je nach Tarif. Mögliche Leistungen und Ansprüche sollten daher bereits im Vorfeld abgeklärt werden.

Bei einem Umzug in ein Land außerhalb der Europäischen Union endet der Versicherungsschutz. Alternativ kann man auch eine Anwartschaft beantragen, man bezahlt dann einen geringen monatlichen Beitrag, hat zwar keinen PKV-Versicherungsschutz aber kann, wenn man in die BRD zurückzieht, den PKV-Vertrag zu den alten Konditionen wieder aufnehmen, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen wird.

Private Krankenversicherung

Wie werden Kinder mitversichert?



Wer sich über einen Wechsel in die Private Krankenversicherung unschlüssig ist, sollte sich über die Zukunft, insbesondere die Familienplanung, im Klaren sein. Besonders wichtig ist hierbei der Unterschied zwischen der PKV und der GKV für Familienmitglieder und Kinder.

In der GKV ist jedes Familienmitglied automatisch mitversichert, in der PKV hingegen muss jeder Angehörige separat versichert werden. Bei einer Versicherung in der PKV ist es aber notwendig, dass das Elternteil, das bereits in der PKV ist, dort seit mindestens drei Monaten versichert ist. Der Auf-

nahmeantrag für das Kind muss innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt gestellt werden. Soll das Kind in einem besseren Tarif versichert werden als die Eltern, verlangt das Versicherungsunternehmen eine Risikoprüfung.

In der Gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung zahlt der Arbeitgeber einen Teil des Versicherungsbeitrags für die Versicherten. Liegt der Beitrag des Elternteils unter der Zuschusshöchstgrenze, zahlt der Arbeitgeber auch für das Kind. Der Anteil liegt dann bei der Hälfte des Versicherungsbeitrages für das Kind.



Bei der Versicherung für Kinder muss Folgendes beachtet werden:

- Wenn beide Eltern privat versichert sind, können die Kinder nicht in der GKV versichert werden. In diesem Fall muss keine Gesundheitsprüfung durchgeführt werden.
- Wenn beide Eltern gesetzlich versichert sind, ist das Kind dort automatisch kostenlos mitversichert. Es ist aber möglich das Kind privat zu versichern. Hier ist im Vorfeld allerdings eine Gesundheitsprüfung erforderlich.
- Wenn ein Elternteil in der GKV und das andere in der PKV versichert ist, kann für das Kind zwischen den beiden Versicherungen gewählt werden.

Private Krankenversicherung

Was passiert bei Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit?

Arbeitsunfähigkeit

Wer durch einen Unfall oder eine Erkrankung für eine längere Zeit nicht arbeiten kann, bekommt in den ersten Wochen eine Lohnfortzahlung von seinem Arbeitgeber.

Wer nach dieser Zeit noch länger krank ist, benötigt eine Krankentagegeldversicherung. Besonders für Selbstständige ist sie von Nöten, da diese keinen Arbeitgeber haben, der den Lohn weiter zahlt.

Je nach Tarif und Vereinbarung berechnet sich das Krankentagegeld nach der Höhe des beruflichen Netto-Einkommens. Die Beiträge zur Pflegeversicherung, die sonst auch teilweise vom Arbeitgeber getragen werden, müssen vollständig

weitergezahlt werden. Dies muss bei der Kalkulation der Höhe des Krankentagegeldes mit einbezogen werden.

So sollten Sie in etwa kalkulieren: Netto-einkommen + Sozialversicherungsbeiträge + Krankenversicherungsbeiträge inklusive Arbeitgeberanteil = Krankentagegeld

Diese Zahlung hält so lange an, wie der Zustand der Arbeitsunfähigkeit andauert. Kommt es danach zur Berufsunfähigkeit, zahlt die Berufsunfähigkeitsversicherung. Diese muss ebenfalls separat abgeschlossen werden.

Arbeitslosigkeit

Kommt es zur Arbeitslosigkeit wird der Versicherungsnehmer automatisch versicherungspflichtig in der GKV. Die Beiträge werden dann von der Agentur bezuschusst. Versicherungsfrei bleibt allerdings, wer älter als 55 Jahre ist und in den letzten Jahren vor Eintritt der Arbeitslosigkeit nicht in der GKV versichert war.

Wer in der PKV bleibt, kann trotz Zuschuss durch die Bundesagentur für Arbeit Schwierigkeiten bei der Zahlung seiner Beiträge bekommen. Fällt diese aus, bekommt er eine Mahnung durch den Versicherer. Spätestens dann muss er tätig

werden. Wird er das nicht und zahlt mehrere Beiträge nicht, zieht das Konsequenzen nach sich. Das Versicherungsunternehmen stellt den Vertrag ruhend und der Versicherungsnehmer hat keinerlei Anspruch auf Leistungen. Während dieser Zeit ist er im Notlagentarif versichert, der die Versorgung von Notfällen und akuten Krankheiten gewährleistet.

Wer feststellt, dass er Probleme mit den Beitragszahlungen hat, sollte schnell einen Termin mit dem Versicherer vereinbaren und eine Stundung beantragen. In diesem Fall kann der Beitrag dann in Raten gezahlt werden.

Private Krankenversicherung

Beitragsentlastungen im Alter

Die Gesellschaft wird immer älter und durch falsche Ernährung, Fortschritt und Globalisierung gibt es immer mehr Zivilisationskrankheiten. Für die Krankenversicherungsunternehmen hat das zur Folge, dass sie immer mehr Ausgaben haben. Durch steigende Kosten müssten dann auch die Beiträge für die Versicherten steigen. Da diese aber mit Renteneintritt weniger Verdienst haben, wird es für sie schwierig, die steigenden Beiträge zu zahlen. Dafür müssen sie vorsorgen.

Eine Möglichkeit, um für steigende Beiträge im Alter vorzusorgen, bietet eine Regelung des Gesetzgebers. Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezahlen zehn Prozent des Beitrags, um für die Rentenzeit vorzubeugen. Dafür zahlen sie den Betrag zwischen 21 und 60 Jahren. Steigt der Versicherungsbeitrag, steigt auch der gesetzliche Zuschlag. Ab einem Alter von 65 Jahren werden die

Versicherungsbeiträge dann nicht mehr steigen. Wenn im Alter von 80 noch genügend Mittel vorhanden sind, werden sie dazu genutzt, die Beiträge zu senken.

Auch die Versicherungen kalkulieren das steigende Lebensalter in ihre Beitragsberechnungen mit ein. Sie erheben höhere Beiträge, um Altersrückstellungen zu bilden. Das Ziel ist, den Beitrag zu einem festgelegten Enddatum zu reduzieren. Die Beiträge errechnen sich aus dem Eintrittsalter, der Lebenserwartung und den Risiken für Krankheiten. Je später Sie in die private Krankenversicherung eintreten, desto höher fallen die Beiträge für die Altersrückstellung aus. Bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens können Sie einen Teil der Altersrückstellungen mit in die neue Versicherung nehmen. Der Rest bleibt beim alten Versicherer.



Sparen für die Beiträge im Alter:

Wer sich privat krankenversichert, sollte bereits in jungen Jahren beginnen, für die erwartungsgemäß höheren PKV-Beiträge im Alter zu sparen (siehe auch Rechenbeispiel auf Seite 14). Deponiert man die Sparbeträge auf der Bank, erhält man Zinsen, die über die Jahrzehnte einen Teil der späteren Versicherungsbeiträge abdecken. Aufgrund einer bereits länger anhaltenden Niedrigzinsphase sind die Zinserträge allerdings geringer als noch vor einigen Jahren. Die folgende Tabelle zeigt den Sparbedarf von PKV-Versicherten bei einem Niedrigzinssatz von 2 Prozent.

Private Krankenversicherung

Beitragsentlastungen im Alter

Die folgenden Beispiele gehen davon aus, dass das PKV-Mitglied für 32 Jahre bis zum Renteneintritt jeden Monat einen bestimmten Betrag spart. Das Ziel dabei ist, den erhöhten PKV-Betrag bis zum 90. Lebensjahr zahlen zu können.

Monatlicher Bedarf (Euro)	Zu sparender Gesamtbetrag (Euro)	Monatliche Sparrate (Euro)
600	133.126	248
700	155.314	290
800	177.502	331
900	199.690	372
1.000	221.877	414

Private Krankenversicherung

Vor- und Nachteile der privaten Krankenversicherung

Vorteile der PKV:

- Die Ärzte können frei, nach aktuellem Stand der Wissenschaft, therapieren.
- Schnellere Terminvergabe als in der GKV.
- Kürzere Wartezeiten.
- Wahl von Einbettzimmern.
- Unabhängigkeit von Staatszuschüssen, Einschränkungen und Subventionen.
- Der Schutz gilt lebenslang im Umfang der vereinbarten Leistungen.
- Die Patienten haben die komplette Wahlfreiheit: Freie Arzt- und Krankenhauswahl sowie Wechselmöglichkeiten.
- Die PKV zahlt im Gegensatz zur GKV auch viele rezeptfreie Medikamente.
- Die Ärzte sind nicht an Budgets und Obergrenzen gebunden.
- In der PKV kann es nicht passieren, dass Leistungen durch politische Entscheidungen gestrichen werden.
- Ärzte befassen sich in einigen Fällen ausführlicher mit PKV-Patienten.

Nachteile der PKV:

- In der privaten Krankenversicherung gibt es viele Lockvogelangebote. Dort sind die Leistungen stark gekürzt. Der Ärger ist dann programmiert, weil Vieles nicht abgedeckt ist und diese Tarife zum Einstieg in die PKV dienen.
- Die Versicherungsunternehmen decken nur zukünftige Risiken ab. Bei Eintritt in die PKV bestehende Krankheiten und Behinderungen werden nur mit hohen Zulagen oder gar nicht versichert.
- Die Kalkulation der Beiträge ist nicht einfach, da die Kosten im Alter steigen.
- Bei Eintritt in die private Versicherung muss bereits begonnen werden für das Alter zu sparen.
- Die Versicherung kann einen Antragsteller ablehnen, wenn dieser Vorerkrankungen hat.
- Je mehr Leistungen gewünscht werden, desto höhere Beiträge muss der Versicherte zahlen.
- Es gibt viele verschiedene Tarifkombinationen. Daher kann die Auswahl schnell unübersichtlich werden.
- Es kann passieren, dass der Arzt unnötigen Aufwand betreibt.
- Es kann zu Problemen bei der Abrechnung kommen, wenn mögliche Einschränkungen bei Vertragsabschluss nicht vollständig geklärt wurden.

Private Krankenversicherung

Fazit

Das Thema private Krankenversicherung ist überaus komplex. Generell ist die PKV keine schlechte Lösung. Allerdings lohnt sie sich vor allem für Beamte, die Beihilfe beziehen. Alle anderen sollten die finanzielle Grundlage und die Möglichkeit haben für das Alter vorzusorgen. Auch sollte bekannt sein, wie die berufliche, aber auch die private Lebensplanung in etwa aussieht. Wer bereits vor Abschluss der PKV Erkrankungen oder Risiken hat, sollte sich dieser bewusst sein. Sie können dazu führen, dass die Versicherung deutlich teurer wird oder der Versicherer den Antragssteller gänzlich ablehnt. Wer sich mit dem Gedanken befasst in die PKV zu wechseln, sollte mehrere Angebote einholen und sich ausreichend informieren. Der Vergleich von Tarifcheck.de hilft Ihnen dabei.

Wie bereits beschrieben, ist die Entscheidung für die PKV vergleichbar mit einem Hauskauf. Sie sollte nicht übers Knie gebrochen, sondern nur nach reiflicher Überlegung getroffen werden.

Daher gilt der Grundsatz: Man sollte sich nur bei bestehendem Versicherungsschutz über die private Krankenversicherung informieren und sich bei der Entscheidungsfindung nicht unter Druck setzen lassen. Wer Pro und Contra beider Krankenversicherungssysteme abwägt, seine finanziellen Mittel und Verbindlichkeiten kennt und alle Angebote sowie Möglichkeiten vergleicht, wird für sich die richtige Wahl treffen.

Private Krankenversicherung

Glossar

A

Anwartschaft

Mit der Anwartschaft erwirbt der Versicherte das Recht auf die Versicherung in der privaten Krankenkasse, auch wenn diese erst später benötigt wird. Die Versicherungsunternehmen unterscheiden hierbei zwischen der kleinen und der großen Anwartschaft.

Bei der kleinen Anwartschaft wird der Gesundheitszustand festgehalten. Wenn der Eintritt in die PKV erfolgt, wird trotz neuer Krankheiten, nach dem „alten“ Gesundheitszustand versichert.

Bei der großen Anwartschaft wird zudem auch das Eintrittsalter konserviert. Auch wenn zwischen Anwartschaft und Eintritt in die PKV zehn Jahre vergehen, so wird man in der Versicherung als zehn Jahre jünger eingestuft.

Arbeitgeberbescheinigung

Die Arbeitgeberbescheinigung dient dem Arbeitgeber als Nachweis für den bestehenden Krankenversicherungsschutz. Zudem erhält er dabei einen Überblick über die zu zahlenden Beiträge. Er zahlt einen Anteil auf die Krankenversicherungsbeiträge des Arbeitnehmers.

Arbeitgeberzuschuss

Der Arbeitgeber ist verpflichtet einem Arbeitnehmer einen Zuschuss zu seiner Krankenversicherung zu zahlen. Dies gilt auch für die private Krankenversicherung. Ist der Höchstbeitrag in der PKV noch nicht erreicht, zahlt der Arbeitgeber den Zuschuss auch für mitversicherte Kinder und Ehepartner, wenn diese einen Anspruch auf eine Familienversicherung haben.

B

Basistarif

Seit Januar 2009 ist jeder Anbieter der privaten Krankenversicherung verpflichtet, den Basistarif anzubieten. Dieser enthält bei jedem Versicherer in etwa die gleichen Leistungen und Beiträge. Diese entsprechen in etwa denen der GKV. Im Basistarif darf es keine Risikozuschläge geben. Gleichzeitig dürfen Antragssteller nicht abgelehnt werden. Wer in den Basistarif wechselt, muss dort mindestens 18 Monate lang versichert bleiben.

Bausteintarife

Bausteintarife bestehen aus verschiedenen Komponenten. Sie beinhalten die ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung. Je nach Wunsch können sich hier verschiedene Leistungen hinzu, aber auch wegnehmen lassen.

Beitragsentlastung im Alter

Die Beitragsentlastung ist mit einer klassischen Rentenversicherung vergleichbar. Für einen Mehrbeitrag, der je nach Alter variiert, wird vertraglich festgehalten, dass sich der Beitrag ab einem gewissen Alter, meist 65 Jahre, konstant bleibt oder sinkt. Bei Angestellten, die den Höchstbeitrag noch nicht ausgeschöpft haben, beteiligt sich der Arbeitgeber an diesem Sparvorgang. Bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens ist eine Mitnahme dieser Rückstellungen nicht möglich.

Private Krankenversicherung

Glossar

D

Diagnoseklinik

Es handelt sich um eine Klinik, die Vorsorgeuntersuchungen anbietet. Bei den sogenannten „Manager Check Up´s“ handelt es sich um eine Reihe von Vorsorgeuntersuchungen, die an einem Termin stattfinden. Die Kosten in diesen Kliniken liegen meistens über denen von normalen Ärzten und Krankenhäusern. Wenn solche Kliniken nicht explizit in den Vereinbarungen berücksichtigt werden, übernimmt der Versicherer die Kosten dafür nicht.

E

Erwerbsunfähigkeit / Erwerbsminderung

Eine Erwerbsminderung ist gegeben, wenn die Fähigkeit zu arbeiten soweit eingeschränkt ist, dass eine Tätigkeit von mehr als drei Stunden nicht möglich ist. Im Gegensatz zu der Berufsunfähigkeit wird hierbei der gesamte Arbeitsmarkt, nicht nur der ursprünglich erlernte Beruf, betrachtet.

Erwerbsminderungsrente

Erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen einer Krankheit oder Behinderung nicht mehr arbeiten können. Entsprechend des Grades der Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung erhalten sie eine Rente.

G

Gesetzlicher Zuschlag

Anfang 2000 hat der Gesetzgeber einen Zuschlag zur Stabilisierung der Beiträge im Alter eingeführt. Dieser Zuschlag beträgt zehn Prozent der Krankenkassenbeiträge bei allen Versicherten zwischen 21 und 60 Jahren.

Ziel des Beitrages ist es, den Anstieg der Beiträge

im Alter zu verhindern und sie gegebenenfalls ab einem Alter von 80 Jahren zu senken. Eine Auszahlung der Beträge ist nicht möglich.

Gesundheitsfragen

Alle Fragen und Informationsanforderungen, die das Versicherungsunternehmen bei der Antragsprüfung benötigt, werden als Gesundheitsfragen bezeichnet. Es kann sich dabei um offene und geschlossene Fragen handeln.

H

Heilmittel

Heilmittel sind Behandlungen wie beispielsweise Massagen, Inhalationen Physiotherapie, aber auch Logopädie. Nach längeren Krankheiten können die Heilmittel hohe Kosten verursachen, da diese Leistungen langfristig erbracht werden müssen. Daher sollten etwaige Einschränkungen und Höchstgrenzen im Vorfeld unbedingt abgeklärt werden.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Geräte, die körperliche Beschwerden lindern oder ausgleichen. Das sind beispielsweise Prothesen, Rollstühle oder Blindenhunde. In der PKV gibt es offene und geschlossene Hilfsmittelkataloge. Bei den geschlossenen Katalogen sind nur exakt die Hilfsmittel versichert, die in dem Katalog aufgeführt sind.

Höchstsatz

Der Höchstsatz ist ein Begriff aus der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Er beschreibt die höchstmögliche Abrechnung des Arztes ohne besondere Honorarvereinbarung. Diese Berechnung bedarf allerdings einer Begründung des Arztes.

Honorarvereinbarung

In der Honorarvereinbarung kann ein vom Höchstsatz abweichendes Honorar vereinbart werden. Es darf allerdings nicht bei Notfall oder akuten Schmerzbehandlungen angewandt werden.

Private Krankenversicherung

Glossar

J

Jahresarbeitsentgeldgrenze

Die Jahresarbeitsentgeldgrenze beurteilt die Krankenversicherungspflicht. Hierzu zählen alle dauerhaften Einkünfte. Wer sie dauerhaft unterschreitet, ist versicherungspflichtig in der GKV.

K

Krankentagegeld

Das Krankentagegeld beziffert die Leistungen der Krankenversicherungen bei Krankheit. In der GKV werden die Leistungen maximal 78 Wochen lang, in der PKV aber unbegrenzt erbracht.

Kündigung der GKV / PKV

Die beiden Versicherungstypen haben unterschiedliche Kündigungsfristen. In der GKV ist eine Kündigung meist zum Ende des übernächsten Monats möglich. In der PKV gibt es Mindestlaufzeiten. Sind diese abgelaufen beträgt die Kündigungsfrist in der Regel drei Monate.

Kurleistungen

Geht es nach den Musterbedingungen der PKV, sind Kuraufenthalte nicht in den Leistungen enthalten. Für sie müssen gesonderte Tarifbestandteile abgeschlossen werden.

N

Neugeborenen-Nachversicherung

Der Versicherer ist verpflichtet ein Neugeborenes ohne Risikozuschläge und Wartezeichen zu versichern. Die Voraussetzung dafür ist eine dreimonatige Vorversicherung der Eltern in der PKV und die rechtzeitige Anmeldung – innerhalb von zwei Monaten – nach der Geburt.

P

Primärarztprinzip

In den Bedingungen vereinbart der Versicherer, dass die Erstbehandlung durch einen Hausarzt erfolgen muss. Eine Missachtung führt zu einer reduzierten Rückerstattung. Meist sind es nur 75 bis 80 Prozent. Daher sollte man sich gut überlegen, ob man zu solchen Vereinbarungen bereit ist.

R

Regelhöchstsatz

Der Regelhöchstsatz bezeichnet die Arztvergütung, die in der Regel berechnet wird. Darüber hinaus ist eine Berechnung des Höchstsatzes möglich.

Reha

Die Reha-Leistungen werden von der PKV in unterschiedlicher Höhe erbracht. Es handelt sich dabei um medizinisch notwendige Reha-Behandlungen nach Krankheiten wie zum Beispiel einem Herzinfarkt. Bei der Auswahl der Tarife sollte unbedingt darauf geachtet werden wie es um die Erstattung bestellt ist und welche Zustimmungen im Vorfeld notwendig sind.

Risikozuschlag

Der Risikozuschlag ist ein erhöhter Beitrag zur PKV, der vorhandene oder auch ausgeheilte Erkrankungen berücksichtigt. Der Versicherer deckt mit diesen erhöhten Beiträgen die höheren Kosten durch mögliche Mehrleistungen aufgrund der Krankheit ab.

Die private Krankenversicherung

Glossar

T

Transportkosten

Es handelt sich dabei um die Leistungen der PKV für Transporte zum Arzt oder ins Krankenhaus. Im Vertrag sollte von Transportmitteln und nicht von Krankenfahrzeugen die Rede sein. Die Transporte sind in den meisten Fällen für ambulante und stationäre Bereiche unterschiedlich geregelt. Einige Versicherungsunternehmen sehen beispielsweise tarifliche Leistungen für Fahrten zur ambulanten Behandlung vor. Dies ist bei regelmäßigen zur Dialyse oder zur Chemotherapie - sofern nötig - sinnvoll.

V

Versicherungspflicht

Die Versicherungspflichtgrenze bezeichnet die Höhe des jährlichen Bruttoeinkommens eines Arbeitnehmers, bis zu dem ein Arbeitnehmer verpflichtet ist, sich in der GKV zu versichern. Die Höhe ist im fünften Sozialgesetzbuch geregelt und wird jährlich durch die Bundesregierung angepasst. Arbeitnehmer, die diese Grenze überschreiten, sind versicherungsfrei und können sich freiwillig in der GKV oder PKV versichern.

Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen sind in der PKV unterschiedlich geregelt. Einige Versicherer zahlen Vorsorgepauschalen, andere beschränken sich auf die gesetzlich eingeführten Programme. Damit ist der Versicherte bei allen Untersuchungen an die Vorgaben des Gesetzgebers gebunden.

W

Wartezeiten

Es gibt allgemeine und besondere Wartezeiten. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Bei Schwangerschaft und Zahnersatz beträgt die besondere Wartezeit acht Monate. In den Wartezeiten werden zwar Beiträge berechnet, aber keine Leistungen erbracht.

Z

Zusatzbeiträge in der GKV

Dieser Beitrag ist ein Beitragsanteil in der GKV. Dieser wird bei Bedarf durch die Versicherungsunternehmen erhoben. Hierauf wird kein Arbeitgeberzuschuss gezahlt. Der Arbeitnehmer muss diesen Anteil alleine aufbringen.

TARIFCHECK ✓

Finden Sie jetzt den besten Tarif
für Ihre private Krankenversicherung
auf www.Tarifcheck.de

TARIF CHECK24 GmbH | Zollstraße 11b | 21465 Wentorf bei Hamburg

Tel.: 0800 - 700 400 24 | Fax: 040 - 730 98 289
Web: www.Tarifcheck.de | E-Mail: info@tarifcheck.de

Geschäftsführer: Jan Schust
Sitz der Gesellschaft: Wentorf bei Hamburg, HRB 13499 Amtsgericht Lübeck