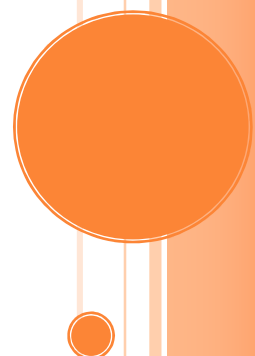


PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

Leitfaden zur privaten Krankenversicherung

© Nachdruck bzw. jegliche weitere Verwendung nur mit Zustimmung
Carl Gitter, 2017
finanz-profil GmbH & Co.KG



PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

Vorwort

„Es gibt kaum etwas auf dieser Welt, das nicht irgendjemand ein wenig schlechter machen kann und etwas billiger verkaufen könnte und die Menschen, die sich nur am Preis orientieren, werden die gerechte Beute solcher Machenschaften.

Es ist unklug zu viel zu bezahlen, aber es ist noch schlechter zu wenig zu bezahlen. Wenn Sie zu viel bezahlen, verlieren Sie etwas Geld. Das ist alles. Wenn Sie dagegen zu wenig bezahlen, verlieren Sie manchmal alles, da der gekaufte Gegenstand die ihm zugedachte Aufgabe nicht erfüllen kann. Das Gesetz der Wirtschaft verbietet es, für wenig Geld viel Wert zu erhalten. Nehmen das niedrigste Angebot an, müssen Sie für das Risiko, das Sie eingehen, etwas hinzurechnen. Und wenn Sie das tun, dann haben Sie auch genug Geld, um für etwas Besseres zu bezahlen!

Zitat von John Ruskin (engl. Sozialreformer 1819 – 1900)

Die Auswahl einer privaten Krankenversicherung ist eine Entscheidung, die sich faktisch Ihr gesamtes weiteres Leben binden wird. Dementsprechend sorgfältig sollten Sie diese Entscheidung treffen.

Auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt kann mittlerweile aus mehr als 40 Krankenversicherern ausgewählt werden. Die Gesamtzahl aller möglichen Tarifkombinationen ist größer als 7.500.

Warum gibt es so große Beitragsunterschiede? Wie werden Beiträge kalkuliert? Welche Eigenschaften sollten einen Krankenversicherer auszeichnen?

Welche Leistungen können von einer privaten Krankenversicherung erwartet werden? Was möchten Sie individuell absichern und welche Tarife sind dafür geeignet?

Dieser Leitfaden soll Ihnen einige Fakten an die Hand geben, mit deren Hilfe Ihnen die Auswahl einer geeigneten privaten Krankenversicherung erleichtert wird bzw. die im Beratungsgespräch angesprochenen Punkte noch einmal nachgelesen werden können.

Inhalt

Teil I – Kriterien zur Auswahl eines Krankenversicherers

Aussagekraft von Ratings und Rankings

Auswahlkriterien

PKV-Kennzahlen

- Schaubild PKV-Kennzahlen
- Kennzahlen zur Sicherheit des Unternehmens und Finanzierbarkeit der Beiträge im Alter
- Kennzahlen zum Erfolg und zur Leistung
- Kennzahlen zum Wachstum

Teil II – ausgewählte Detailfragen zur PKV –

Wie wird ein PKV-Beitrag kalkuliert

In der PKV versicherbarer Personenkreis

- Angestellte
- Selbständige
- Beamte

Gesundheitsreform 2009

- Versicherungspflicht
- Basistarif
- Portabilität der Altersrückstellungen

Beiträge zur Krankenversicherung und Einkommenssteuer

Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte

Musterbedingungen und Tarifbedingungen

Auswahl der Tarife

Ausgewählte Fragen zu Leistungen innerhalb der PKV als Hilfestellung zur Tarifauswahl

Antragsstellung

- Antrags- und Invitativverfahren
- Gesundheitsfragen
- Bescheinigungen für Arbeitgeber und Vorversicherer

Teil I – Kriterien zur Auswahl eines Krankenversicherers

Aussagekraft von Ratings und Rankings *

Ratings und Rankings werden wie für viele andere Versicherungssparten auch in großer Zahl für die private Krankenversicherung erstellt. Gleichwohl muss man feststellen, dass es faktisch und vor allem seriös nicht möglich ist, Krankenversicherer in eine Rangfolge zu bringen und so zwischen guten und weniger empfehlenswerten Gesellschaften zu unterscheiden. So spielte zum Beispiel in einem mittlerweile viele Jahre zurückliegendem Rating der Stiftung Warentest die Kapitalstärke der Gesellschaften eine maßgebliche Rolle. Folgerichtig bekamen alle hier weniger starken Gesellschaften eine diesem Mangel entsprechende Bewertung. Ab 2000 wurde der Schwerpunkt auf das Preis- Leistungsverhältnis gelegt, vor dem Hintergrund der nächsten Beitragsanpassung eine verträgliche Sichtweise. Die Kapitalausstattung spielte hingegen keine Rolle mehr. Dementsprechend völlig kontrovers zum ersten Ranking fiel das Ergebnis aus. An diesem Beispiel zeigt sich ganz deutlich, dass die Aussagekraft eines PKV-Ranking maßgeblich von der Wahl der zu vergleichenden Größen abhängt. Für den Verbraucher ist das wenig hilfreich.

Warum fällt ein objektiver Vergleich von PKV-Beiträgen so schwer? Ein Hauptgrund liegt in der Instabilität der Beiträge, denn genau wie in anderen Versicherungssparten, wie z.B. der Unfallversicherung, ist der Beitrag in der PKV keine starre Größe, sondern unterliegt durch Beitragsanpassungen Veränderungen. Die Leistungen eines PKV-Vertrages hingegen sind fix und können vom Versicherer nicht einseitig geändert werden. Kostensteigerungen kann daher nur durch Beitragsanpassungen begegnet werden. Aus einem zum Vertragsbeginn günstigen Beitrag kann somit auch in mehr oder weniger kurzer Zeit ein hoher Beitrag werden. Besonders preisgünstige Angebote sollten daher kritisch bewertet werden, da der spätere Wechsel einer Krankenversicherung mit immensen Nachteilen verbunden ist. Noch schlimmer ist die Erkenntnis den „falschen“ Versicherer gewählt zu haben, wenn auf Grund von Krankheit ein Wechsel nicht mehr möglich ist.

Auswahlkriterien

Welche Kriterien sind nun geeignet, die Spreu vom Weizen zu trennen? Dies soll im Folgenden anhand einiger Fragen wie Rechtsform oder Höhe von Kosten und Altersrückstellungen und der Anzahl der Tarifwerke näher betrachtet werden.

Spielt die Rechtsform eine Rolle?

Private Krankenversicherer können Aktiengesellschaften oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit sein. Grundsätzliches Ziel einer Aktiengesellschaft ist auch, die Erwirtschaftung einer Dividende. Damit werden grundsätzlich Interessen Außenstehender berücksichtigt. Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit müssen keine derartigen Interessen Außenstehender berücksichtigen. Die erwirtschafteten Überschüsse fließen an die Versicherten. Theoretisch müsste damit in der PKV die Wahl eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit Vorteile gegenüber der Wahl einer Aktiengesellschaft haben. Dieses Argument ist durchaus nicht von der Hand zu weisen. Gleichwohl ist die Wahl eines Versicherungsvereines auf Gegenseitigkeit noch keine Garantie dafür, sich für den richtigen Krankenversicherer entschieden zu haben.

Alte oder junge Krankenversicherer, was ist besser?

Die meisten deutschen Krankenversicherer sind alteingesessene Unternehmen. Dementsprechend ist ihr Versichertenbestand altersmäßig gut durchmisch. Ein junger Krankenver-

sicherer hingegen hätte den Vorteil, dass er einen jungen Versichertenbestand aufbauen könnte und bei entsprechend solider Risikoprüfung diesen auch vor hohen Kosten schützen könnte. In der Praxis schaut dies leider anders aus, denn junge Krankenversicherer sind auch auf Wachstum angewiesen und dies kann auch zulasten der Qualität der Risikoprüfung gehen. Diese Gesellschaften haben dann zwar junge aber mit hohen Risiken behaftete Versichertenbestände und müssen ihren Versicherten mehr oder weniger oft Beitragsanpassungen mitteilen. Und last but not least haben junge Versicherer oft nur eine geringe Anzahl von Versicherten. Dies widerspricht dem Grundsatz einer Versicherung mögliche Lasten auf viele Schultern zu verteilen.

Wie groß sollte ein Krankenversicherer sein?

Ein Krankenversicherer muss nicht zwangsläufig groß sein und Größe ist auch ein relativer Begriff. Unstreitig ist, dass größere Unternehmen Kostenvorteile bei den Verwaltungskosten haben können aber wie die Praxis zeigt, nicht zwangsläufig haben müssen. Größere Unternehmen sind in der Regel auch alte Unternehmen. Die Versichertenbestände haben damit fast zwangsläufig ein hohes Durchschnittsalter und die Unternehmen werden mit altersbedingt höheren Kosten konfrontiert. Andererseits kennt der deutsche Krankenversicherungsmarkt auch Gesellschaften, mit mehr als kleinen Beständen an Vollversicherten. Auch dies ist durchaus sehr kritisch zu sehen, denn damit besteht die zum Teil immense Gefahr, dass der Versicherer bereits mit wenigen aber hohen Schäden überfordert ist, was wiederum weitreichende Konsequenzen hat. Besonders kritisch und für den Laien nicht erkennbar wird es, wenn junge Krankenversicherer nur aus alten Konzernen aus gegründet werden und den Mutterkonzern entsprechend stützen. Unstrittig ist, dass jedes Unternehmen ein gewisses Maß an Wachstum braucht. Wachsen die Beitragseinnahmen, so muss dies nicht unbedingt durch die Aufnahme neuer Versicherter begründet sein sondern kann einfach nur auf Beitragsanpassungen basieren. Ein hohes Wachstum bei der Anzahl der Versicherten kann mit der Einführung neuer, preisgünstiger Tarife einhergehen. Wachstum ist somit nicht unbedingt ein Kriterium für Qualität. Vielmehr müssen Wachstum des Versichertenbestandes und Wachstum der Beitragseinnahmen auch mit den Abschlusskosten „Kein Wachstum um jeden Preis!“ im Einklang stehen.

Sind Kapitalanlagen wichtig?

Kapitalanlagen gewinnen immer mehr an Bedeutung. Die deutschen privaten Krankenversicherer haben zusammen mittlerweile ein Kapital von mehr als 150 Mrd. EUR. Dieses Geld steht überwiegend den Versicherten zu Daraus fließen aber auch jährlich Erträge, die entweder zur Aufstockung des Kapitals genutzt werden oder als Überschüsse an die Versicherten fließen.

Wie wichtig sind Überschüsse und Altersrückstellungen?

Überschüsse spielen für die Versicherten eine maßgebliche Rolle. Von ihrer Höhe hängt es z.B. maßgeblich ab, inwieweit ein Versicherer in der Lage ist, Beitragsanpassungen im Bestand abzumildern. Versicherer mit geringen Überschüssen können Beitragsanpassungen allenfalls gering stützen und belasten ihre Versicherten mit immer höheren Beiträgen. Auch die Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit spielen hier eine Rolle. Versicherer, die regelmäßig an schadenfrei gebliebene Versicherte Beiträge zurückzahlen, unterscheiden sich positiv von Versicherern, die keine Beitragsrückerstattung zahlen oder dies zumindest nicht regelmäßig tun.

Hinsichtlich der Altersrückstellungen ist Gesellschaften mit hohen Beständen natürlich der Vorzug zu geben. Allerdings müssen die Rückstellungen auch im Kontext der Entwicklung des Versichertenbestandes betrachtet werden. Scheiden Versicherte aus ihrer Krankenver-

sicherung aus, lassen Sie gebildete Altersrückstellungen zurück. Daran ändert auch die seit 2009 geltende Regelung zur Portabilität der Rückstellungen nichts grundlegend. Hat ein Versicherer aufgrund z.B. massiver Beitragsanpassungen viele Versicherte verloren, so behält er doch deren Altersrückstellungen.

Welchen Einfluss haben Verwaltungs- und Abschlusskosten?

Abschluss- und Verwaltungskosten werden über die Beiträge finanziert. Versicherte sollten sich also auch für die Kosten des Krankenversicherers interessieren. Es macht schon einen Unterschied, ob ein Unternehmen pro 100 EUR Beitragseinnahmen zwei oder fünf EUR für die Verwaltung benötigt. Bei den Abschlusskosten muss etwas differenzierter geurteilt werden und junge Unternehmen, die noch im Aufbau ihres Versichertenbestandes begriffen sind, werden naturgemäß höhere Abschlusskosten haben als alte Unternehmen. Weisen diese höhere Kosten aus, so sollte dahinter auch ein entsprechendes Wachstum an versicherten Personen stehen. Anderenfalls bzw. generell bei Abschlusskosten von mehr als zehn Prozent ist dies kritisch zu bewerten.

Einführung neuer Tarife, ein Vorteil?

Die Einführung neuer Tarife ist zunächst kein Grund zur Kritik, sondern trägt sicher dazu bei, eine Vielfalt an verschiedenen Versicherungsmöglichkeiten zu bieten. Die meisten Krankenversicherer verbinden damit aber gleichzeitig die Einführung neuer Tarifwerke. Ein Wechsel, der Versicherten aus den alten Tarifwerken ist nicht gewünscht, da die neuen Tarife nicht mit alten Risiken belastet werden sollen. Oft lassen sich die Leistungen junger und alter Tarife vergleichen, weshalb hier auch der Begriff Paralleltarife gebräuchlich ist. Findet die Einführung neuer Tarife aber innerhalb eines bestehenden Tarifwerkes statt, so stehen diese Tarife der gesamten Versichertengemeinschaft einer Gesellschaft offen, was ein absolut positives Merkmal für die Gesellschaft darstellt.

Gesellschaften mit wenigen Tarifwerken und im Idealfall nur einem Tarifwerk sind ohnehin Gesellschaften mit vielen Tarifwerken vorzuziehen. Oft geschieht die Einführung eines neuen Tarifwerkes nur, weil alte Tarifwerke hinsichtlich ihrer Kosten komplett überfordert sind und keine neuen Versicherten mehr gewinnen können. Eine Neuauflage ist dann unvermeidlich. Gegenüber den Versicherten in den alten Tarifwerken ist dies nicht besonders fair. Versicherer hingegen mit nur einem Tarifwerke nehmen zu Recht für sich in Anspruch, sauber und solide kalkuliert zu haben bzw. eine hinsichtlich der Risikobeurteilung korrekte Annahmepolitik an den Tag zu legen.

* Quelle: Arno Surminski „Wo sind die besten Krankenversicherer?“, Zeitschrift für Versicherungswesen 2/2001

PKV – Kennzahlen *

PKV-Kennzahlen leiten sich aus den Jahresabschlüssen der Krankenversicherer ab und sind praktisch jedermann zugänglich. Aus ihnen sind viele Rückschlüsse über die Qualität eines Krankenversicherers möglich.



Kennzahlen zur Sicherheit des Unternehmens und Finanzierbarkeit der Beiträge im Alter

Eigenkapitalquote

Die Eigenkapitalquote gibt das Verhältnis von Eigenkapital und Beitragseinnahmen wieder. Sie verdeutlicht, wie sicher das Unternehmen ist, bzw. inwieweit das Unternehmen etwaige kurzfristige Verluste ausgleichen kann. Durch die steigenden Anforderungen an die Gesamtsolvabilität der Unternehmen im Rahmen des EU-Projekts Solvency II wird die Bedeutung der Eigenkapitalausstattung in den nächsten Jahren zunehmen.

RfB-Quote

Diese Kennzahl gibt an, wie viel Mittel - bezogen auf die Beitragseinnahmen - in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) für Beitragsentlastungen und Barausschüttungen zur Verfügung stehen. Je höher die RfB-Quote, umso mehr Mittel können zur Beitragsentlastung im Alter, zur Milderung von Beitragsanpassungen und zur Beitragsrückerstattung bei Schadenfreiheit eingesetzt werden.

RfB-Zuführungsquote

Diese Quote bringt zum Ausdruck, wie viel Mittel - bezogen auf die Beitragseinnahmen - im betreffenden Geschäftsjahr der RfB zugeführt worden sind. Je höher die Quote, umso mehr Mittel stehen für Beitragsentlastungen und Barausschüttungen zur Verfügung.

Kennzahlen zum Erfolg und zur Leistung

Nettoverzinsung

Diese Kennzahl gibt an, welche Verzinsung ein Unternehmen aus seinen Kapitalanlagen erzielt. Ein Großteil des über die rechnungsmäßige Verzinsung von 3,5 % hinausgehenden Teils der Kapitalerträge wird der Alterungsrückstellung gutgeschrieben, um Beitragserhöhungen im Alter zu finanzieren. Der restliche Teil erhöht den Überschuss. Die Nettoverzinsung wird durch Zu- und Abschreibungen beeinflusst. Bei der Beurteilung ist daher auch zu berücksichtigen, inwieweit in den Kapitalanlagen noch stille Lasten vorhanden sind.

Schadenquote

Diese Quote zeigt, in welchem Umfang die Beitragseinnahmen unmittelbar in Versicherungsleistungen und Alterungsrückstellungen fließen. Die Schadenquote lässt mehrere Interpretationsmöglichkeiten zu. So kann eine hohe Schadenquote darauf hindeuten, dass künftig mit Beitragsanpassungen zu rechnen ist. Andererseits kann eine hohe Schadenquote auch ein Indiz für eine günstige Kostensituation bzw. eine vorsichtige Kalkulation sein. Wenn nur ein geringer Teil des Beitrags zur Deckung der Kosten benötigt wird, steht ein höherer Anteil für Leistungen und für die Zuführung zur Alterungsrückstellung zur Verfügung. Ein Unternehmen, das vorsichtig kalkuliert und mehr Alterungsrückstellung anspart, weist eine höhere Schadenquote auf.

Quote der Verwaltungsaufwendungen

Diese Kennzahl gibt an, wie viel von den Beiträgen für die Verwaltung der Versicherungsverträge aufgewendet wird. Je niedriger die Verwaltungskosten, desto günstiger können die Beiträge für die Versicherten gestaltet werden.

Quote der Abschlussaufwendungen

Diese Quote bringt zum Ausdruck, wie viel von den Beiträgen für den Abschluss der Versicherungsverträge aufgewendet wird. Tendenziell sind möglichst niedrige Quoten positiv zu bewerten. Eine hohe Quote der Abschlussaufwendungen, die durch ein entsprechend großes Wachstum ausgelöst wurde, ist hingegen nicht zu beanstanden. Dies ist vor allem bei stark wachsenden jungen Unternehmen, die noch eine geringe Beitragseinnahme aufweisen, zu beobachten.

Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote

Diese Kennzahl gibt an, wie viel der Jahresbeitragseinnahmen nach Abzug der Aufwendungen für Schäden, Kosten und Altersvorsorge übrig bleiben. Die Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote hängt von der Schadenquote, der Quote der Verwaltungsaufwendungen und der Quote der Abschlussaufwendungen ab. Die Ergebnisquote ermöglicht so eine zusammenfassende Betrachtung der Schaden-Kosten-Situation des Versicherers. Ist sie negativ, so hat der kalkulierte Beitrag nicht ausgereicht, um alle Aufwendungen abzudecken. Ist sie positiv, so war der kalkulierte Beitrag insgesamt ausreichend bemessen. Da aber schon allein der Sicherheitszuschlag 5 - 10 % beträgt, deutet bereits eine Ergebnisquote, die kleiner als der Sicherheitszuschlag ist, auf einen Anpassungsbedarf hin. Andererseits gilt: Je höher die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote, desto höher ist der Überschuss und

damit der Betrag, der für die Versicherten für Beitragsentlastungen oder Barausschüttungen zur Verfügung steht.

Rohergebnisquote

Diese Quote setzt das Rohergebnis nach Steuern ins Verhältnis zur Summe aus den Jahresbeitragseinnahmen und dem Kapitalanlageergebnis. Da in das Rohergebnis nach Steuern sowohl das versicherungsgeschäftliche Ergebnis als auch das Überzinsergebnis und das übrige Ergebnis eingehen, kann die Rohergebnisquote als umfassende Kennzahl zur Beurteilung des Erfolgs und der Leistung eines Unternehmens herangezogen werden.

Kennzahlen zum Wachstum

Verdiente Bruttobeiträge

Verdiente Bruttobeiträge sind gebuchte Beiträge und die Veränderung der Beitragsüberträge, also der Versicherungsbeiträge, die der Versicherer bereits zum Bilanzstichtag eingenommen hat, die aber für die Risikoperiode nach dem Bilanzstichtag gezahlt wurden.

Marktanteil der verdienten Bruttobeiträge

Der Marktanteil der verdienten Bruttobeiträge gibt den prozentualen Anteil der Bruttobeiträge im Vergleich zum Branchengesamtwert an. Hierbei sollte auch die Anzahl der vollversicherten natürlichen Personen miteinbezogen werden. Ein Zusammenhang mit den vollversicherten natürlichen Personen ist herzustellen.

Veränderung der verdienten Bruttobeiträge

In dieser Kennzahl spiegelt sich die Veränderung der verdienten Bruttobeiträge im Vergleich zum Vorjahr wieder. Ein Wachstum kann entweder durch steigende Beiträge ausgelöst worden sein, oder durch einen Zuwachs an Versicherten. Deshalb sollte auch die Veränderung der vollversicherten natürlichen Personen für eine Bewertung betrachtet werden.

Vollversicherte natürliche Personen

Die Anzahl der natürlichen Personen die bei einer bestimmten Gesellschaft versichert sind, können Sie aus dieser Kennzahl entnehmen. Hierbei werden nur Vollversicherungen und keine Zusatzversicherungen berücksichtigt. Auch ein Zusammenhang mit den verdienten Bruttobeiträgen ist herzustellen.

Veränderung der vollversicherten natürlichen Personen

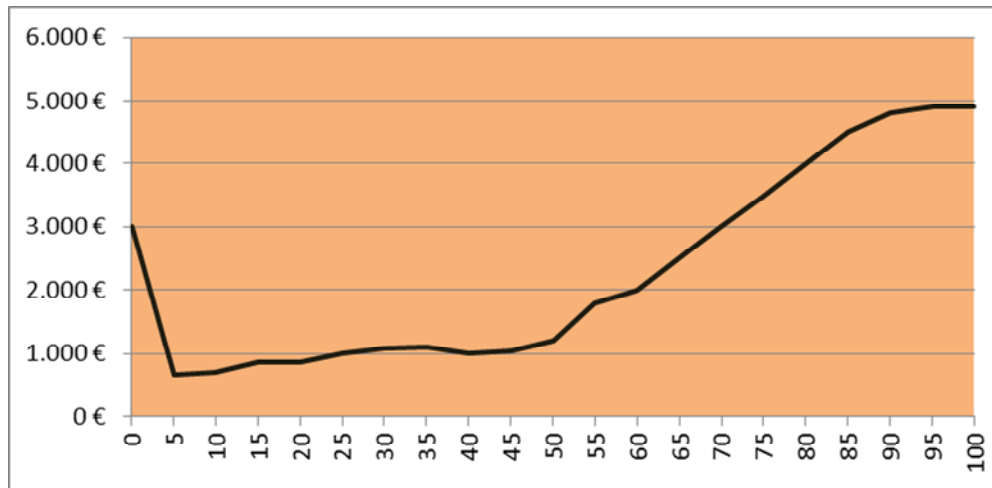
Aus dieser Kennzahl wird die Veränderung des Bestandes der vollversicherten natürlichen Personen im Gegensatz zum Vorjahr deutlich. Es sollte für eine Bewertung auch die Gesamtanzahl der Versicherten und die Veränderung der verdienten Bruttobeiträge mit herangezogen werden.

* Quelle Grafik und Text: LKH Sofffair BKZ Lotse

Teil II – ausgewählte Detailfragen zur PKV –

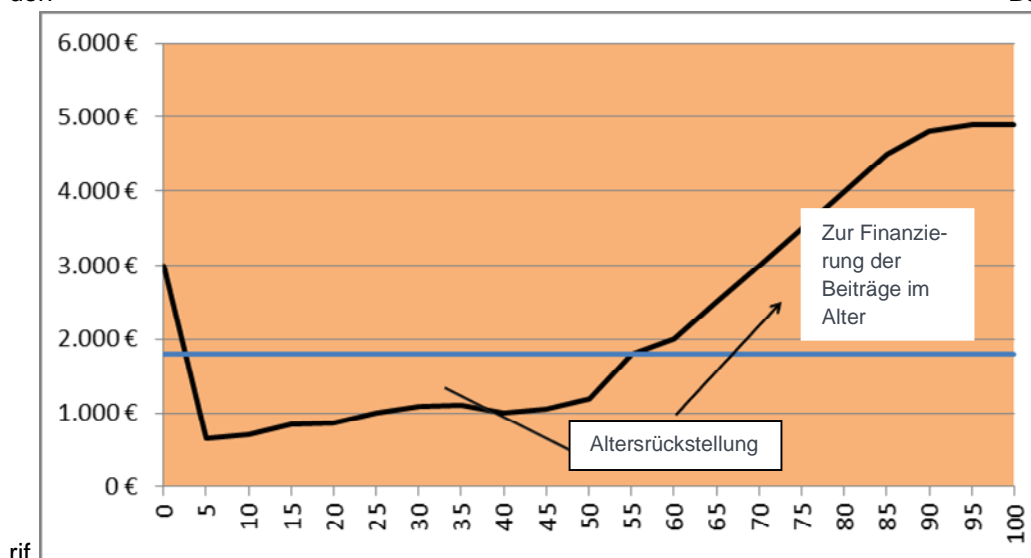
Wie wird ein PKV-Beitrag kalkuliert

Die nachstehende Grafik verdeutlicht zunächst den statistischen Kostenverlauf für medizinische Leistungen im Lauf eines Lebens. Naturgemäß entstehen hohe Kosten bis etwa zum zweiten Lebensjahr, da in diesem Alter viele Vorsorgeuntersuchungen stattfinden, ein grundsätzlicher Impfschutz aufgebaut wird und Erkrankungen aufgrund eines noch nicht ausgereiften Immunsystems wahrscheinlicher sind. Bis zum 45. Lebensjahr verläuft die Kurve relativ flach und etwa ab dem 50. Lebensjahr ist ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen.



Die zweite Grafik verdeutlicht die Beitragskalkulation anhand der oben stehenden Leistungskurve. Ein junger Versicherter, der statistisch betrachtet altersbedingt noch wenige Kosten verursacht, zahlt einen Beitrag, der oberhalb seiner Kostenkurve liegt. Aus diesem Mehrbeitrag wird durch verzinsliche Anlage die Altersrückstellung gebildet. Im Umkehrschluss zahlt nun ein älterer Versicherter, der naturgemäß höhere Kosten hat, einen Beitrag, der unterhalb seiner Kostenkurve liegt. Die Differenz wird über die Altersrückstellung finanziert. Die Grafik stellt den Idealfall dar. In der Praxis wird der Beitrag keinen waagerechten Verlauf haben. Steigenden Kosten und eine steigende Lebenserwartung sind Gründe, weshalb PKV-Beiträge nachkalkuliert und angepasst werden müssen. Teilweise ist auch die Politik Auslöser für Nachkalkulationen. So zuletzt geschehen bei der Berücksichtigung der Umlage für den

Basista-



rif.

In der PKV versicherbarer Personenkreis

Die private Krankenversicherung steht nicht jedem Bürger der Bundesrepublik Deutschland offen. Der Gesetzgeber bestimmt hier klar, wer sich privat krankenversichern darf. In der PKV wird für jede versicherte Person ein eigener Beitrag fällig. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen ohne eigene Einkommen, wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, gibt es in der PKV nicht.

Angestellte

Angestellte können sich privat krankenversichern, wenn sie die Jahresarbeitsentgeltgrenze von monatlich 4.162,50 EUR oder jährlich 49.950,- EUR überschreiten. Die Grenze muss nach derzeit geltendem Recht drei Jahre in Folge überschritten werden. Ab 2011 wird die ursprüngliche Regelung wieder eingeführt und Angestellte müssen die Grenze nur noch ein Jahr lang überschreiten.

Angestellte erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Arbeitgeberzuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung. Dieser ist allerdings begrenzt und beträgt 2010 für die Krankenversicherung maximal 262,50 EUR und für die Pflegeversicherung maximal 36,56 EUR. Im Bundesland Sachsen beträgt der maximale Arbeitgeberzuschuss zur Pflegeversicherung nur 17,81 EUR.

Selbständige

Selbständige können sich unabhängig von der Höhe ihres Einkommens privat krankenversichern. Mangels Arbeitgeberzuschuss müssen Sie den Beitrag in vollem Umfang selbst finanzieren. Für Selbständige lohnt daher oft die Vereinbarung eines höheren Selbstbehaltes.

Beamte

Beamte können sich – und zwar unabhängig von der Höhe ihrer Bezüge – privat krankenversichern, müssen dabei aber nur einen Teil der Kosten durch Versicherungsschutz abdecken. Beamte haben solange der Beamtenstatus gilt und Anspruch auf Bezüge besteht, einen s. g. Beihilfeanspruch. Die Beihilfe ist eine Leistung des Dienstherrn an den Beamten, die der Dienstherr aus seiner Fürsorgepflicht gegenüber dem Beamten heraus erbringt. Die Deckung von Krankheitskosten ergibt sich für Beamte somit aus Beihilfe und Krankenversicherung. Anspruch auf Beihilfe haben auch Ehegatten ohne eigenes oder nur geringfügiges Einkommen, Kindes des Beamten und Beamtenanwärter. Die Höhe des Beihilfeanspruches ist in der jeweiligen Beihilfeverordnung eines Bundeslandes und in der des Bundes geregelt. Da die Beihilfeverordnungen in den Zuständigkeitsbereich der Länder gehören bzw. für Bundesbeamte in den des Bundes, weichen sie inhaltlich deutlich voneinander ab. Beamte, die eine private Krankenversicherung abschließen wollen (oft auch als Restkostenversicherung bezeichnet, sollten sich mit den für sie zutreffenden Beihilfevorschriften vertraut machen. Auskünfte hierzu erteilen die Beihilfestellen).

Gesundheitsreform 2009

Die Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes erfolgte bereits im Jahr 2007. Einige die PKV betreffende Regelungen traten aber erst mit dem 01.01.2009 in Kraft.

Versicherungspflicht

Erstmals wurde eine Versicherungspflicht eingeführt. Damit besteht für alle Personen, die dem System der PKV zuzuordnen sind, die Pflicht, sich zu versichern. Um dieser Pflicht gerecht zu werden, muss mindestens Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Leistungen bestehen. Versicherungsschutz für Zahnbehandlung und Zahnersatz ist nicht zwingend erforderlich. Der jährliche Selbstbehalt darf den Betrag von 5.000 EUR nicht überschreiten.

Verträge, die vor dem 01. April 2007 abgeschlossen wurden, genügen unabhängig von ihrer Ausgestaltung den seit 2009 geltenden Anforderungen.

Bei Personen, die vor 2009 keine Krankenversicherung hatten und auch danach keinen Vertrag abgeschlossen haben, wird bei Bekanntwerden der Nichtversicherung ein Prämienzuschlag fällig. Zeitgleich mit der Einführung der Versicherungspflicht wurde in der Bundesrepublik Deutschland auch die Steueridentifikationsnummer für alle Bürger eingeführt. In diesem Zusammenhang darf vermutet werden bzw. ist über die Steueridentifikationsnummer problemlos möglich, herauszufinden, ob eine Person krankenversichert ist.

Bei Versicherten, die mit der Zahlung ihrer Beiträge zwei Monate im Verzug sind und auch Mahnungen ihres Krankenversicherers ignorieren, ruht der Anspruch auf Leistungen. Während dieser Ruhezeit muss der Krankenversicherer dennoch für Aufwendungen haften, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände dienen bzw. haftet er für Aufwendungen die bei Schwangerschaft und Mutterschaft nötig sind.

Die Ruhezeit endet, wenn entweder die ausstehenden Beiträge samt Säumniszuschlägen nachgezahlt werden oder wenn die betreffende Person Leistungen nach dem Sozialrecht aufgrund von Hilfsbedürftigkeit erhält.

Werden die ausstehenden Beiträge inklusive der Säumniszuschläge nicht binnen eines Jahres nach Beginn der Ruhezeit gezahlt, wird der Vertrag automatisch in den Basistarif überführt. Das Ruhen der Leistungen bleibt davon unberührt.

Die Kündigung einer Krankenversicherung ist seit 2009 nur noch möglich, wenn der Versicherte der Versicherungsgesellschaft den Abschluss eines neuen Vertrages bei einem anderen Krankenversicherer und damit einen lückenlosen Versicherungsverlauf nachweist.

Basistarif

Der Basistarif muss seit 2009 von allen deutschen privaten Krankenversicherungsgesellschaften angeboten werden. Die vom Verband der PKV angestrebte Klage vor dem Bundesverfassungsgericht war nicht erfolgreich. Die Einführung des Basistarifs darf durchaus sehr kritisch bewertet werden, da damit wie die folgenden Ausführungen zeigen, erhebliche Kosten verbunden sind.

Anders als sonst in der PKV üblich, dürfen Anträge für den Basistarif nicht abgelehnt werden. Eine Ablehnung ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn der Antragsteller schon einmal bei der gleichen Gesellschaft krankenversichert war und der Versicherer diesen Vertrag angefochten hat z. B. wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht. In diesem Fall besteht für den Antragsteller die Möglichkeit, sich an ein anderes

Unternehmen zu wenden. Dieses darf sich dann auf die Anfechtungsgründe des ersten Versicherers nicht berufen und muss den Antrag annehmen.

Für den Basistarif dürfen weder Risikozuschläge aufgrund erheblicher Vorerkrankungen erhoben noch Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

Der Beitrag des Basistarifs ist absolut unabhängig von Alter und Geschlecht des Versicherten und ist auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt. Ist der Versicherte mit der Zahlung des Beitrages finanziell überfordert und kann dadurch entstehende Hilfsbedürftigkeit nachweisen, vermindert sich der Beitrag um 50%. Entsteht Hilfsbedürftigkeit durch Zahlung des hälftigen Beitrages, beteiligt sich der nach dem Sozialrecht jeweils zuständige Träger.

Durch die Beitragslimitierung und mangels einer adäquaten Risikobeurteilung sind für den Basistarif erhebliche Belastungen zu erwarten. Mehrkosten, die aus Vorerkrankungen der Basistarif-Versicherten resultieren, sind auch auf diesen Versichertenkreis zu verteilen. Aufwendungen, die aus der Beitragslimitierung bzw. aus der erweiterten Beitragslimitierung bei Hilfsbedürftigkeit resultieren, werden auf alle Privatversicherten mittels Beitragszuschlag verteilt.

Um dies überhaupt durchführen zu können, findet auch für den Basistarif eine Gesundheitsprüfung statt. Diese hat für die Basistarifversicherten aber keine Auswirkungen.

Der Versicherungsschutz des Basistarifes entspricht in Art, Umfang und Höhe dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Sofern der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sich ändert, hat dies dann auch Auswirkungen auf den Basistarif.

Versicherte des Basistarifs können unter Ärzten und Zahnärzten, die zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, frei wählen.

Der Basistarif muss von den Versicherungsunternehmen mit vier Selbstbehaltsstufen (300, 600, 900 und 1.200 Euro) angeboten werden. Analog zu den Wahltarifen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht für die Wahl eines Selbstbehaltes eine Bindungsfrist von drei Jahren.

Nach der Öffnungsaktion im Jahr 2009 können seit dem 30. Juni 2009 Bestandsversicherte, d. h. Personen, die vor 2009 bei einem Krankenversicherer versichert waren, nur noch in den Basistarif ihres Versicherers wechseln, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind.

Versicherte die erst seit dem 01. Januar 2009 einen Versicherungsvertrag bei einem Krankenversicherer abgeschlossen haben, jederzeit in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Versicherers wechseln. Dies geschieht dann unter Anrechnung der Altersrückstellungen. Alle Personen, die sich im modifizierten Standardtarif versichert haben, wurden zum 1. Januar 2009 in den Basistarif überführt.

Für Personen, die im Basistarif versichert werden, gelten die sonst in der privaten Krankenversicherung üblichen Wartezeiten von drei bzw. acht Monaten nicht. Um den Versicherungsschutz des Basistarifes aufzuwerten, dürfen parallel dazu auch Zusatzversicherungen bestehen.

Interessant ist auch, dass Versicherungsnehmer und Versicherungsunternehmen beim Basistarif gesamtschuldnerisch gegenüber Leistungserbringern haften.

Portabilität der Altersrückstellungen

Hinsichtlich der Anrechnung von Altersrückstellungen gelten seit 2009 auch neue Regelungen.

Erfolgt der Tarifwechsel innerhalb der Tarifpalette des bisherigen Versicherers, gelten die auch schon bis 2009 gültigen Regelungen.

Für Wechsel zu einem anderen Versicherer ist zu unterscheiden, ob es sich um einen Altvertrag oder um einen ab dem 01. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag handelt. Für alle Altverträge sieht der Gesetzgeber keine Portabilität der Altersrückstellungen vor.

Für Verträge, die ab dem 01. Januar 2009 geschlossen wurden, werden die kalkulierten Alterungsrückstellungen in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basis tariff entsprechen, an den neuen Versicherer übertragen. Die Möglichkeit der Mitnahme eines Teils der Altersrückstellungen muss in der Beitragskalkulation berücksichtigt werden.

Beiträge zur Krankenversicherung und Einkommenssteuer

Mit dem s. g. „Bürgerentlastungsgesetz“ bzw. „Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen“ wurde die Absetzbarkeit von Krankenversicherungsbeiträgen im Rahmen der Einkommensteuererklärung neu geregelt. Seit dem 01. Januar 2010 können die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei der Einkommenssteuer in dem Maß berücksichtigt werden, in dem sie im Wesentlichen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegepflichtversicherung entsprechen. Jeder privat Krankenversicherte erhält hierzu von seinem Krankenversicherer eine jährliche Bescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt.

Hinweis: Versicherte, die eine Beitragsrückerstattung wegen Leistungsfreiheit erhalten, müssen diese mit den steuerlich berücksichtigungsfähigen Beiträgen verrechnen und können nur den Saldo in der Einkommensteuererklärung ansetzen.

Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte

Verhältnis Leistungserbringer, Leistungsbezieher und Versicherer

Privat Krankenversicherte erhalten für empfangene Leistungen eine Rechnung. Grundlage der Rechnungslegung ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. die Gebührenordnung für Zahnärzte. Schuldner der vom Arzt erbrachten Leistung ist der Versicherte selbst und nicht dessen Krankenversicherung. Über diese besteht eine Rückdeckung der Kosten. Privatversicherte haben grundsätzlich die Möglichkeit zu prüfen, welche Leistungen für sie abgerechnet wurden. Die Bezahlung der Rechnung durch den Versicherten ist unabhängig von der Erstattung des Versicherers, d .h. es besteht kein Anspruch darauf, die Rechnung erst zu begleichen, wenn der Versicherer die Kosten erstattet hat.

Berechnung des Honorars

Wie viel ein Arzt für seine erbrachten Leistungen erbringen darf, ist in der GOÄ bzw. in der GOZ eindeutig geregelt. Für jede Leistung ist dort eine bestimmte Punktzahl vorgesehen. Diese wird im Anschluss mit dem einheitlichen Punktwert (5,82873) multipliziert und ergibt so zunächst eine einfache Gebühr. Das endgültige Honorar ergibt sich abhängig von Zeitaufwand und Schwierigkeit durch Multiplikation mit einem Steigerungssatz. Die GOÄ sieht folgende Steigerungssätze vor:

- bis 2,3 für persönliche ärztliche Leistungen
- 1,8 für medizinisch-technische Leistungen
- bis 1,15 für Laboruntersuchungen

Die so erhaltenen Gebühren werden auch als s. g. Regelhöchstsätze bezeichnet. Bei entsprechender Begründung darf über die Regelhöchstsätze hinaus für persönliche ärztliche Leistungen bis zum 3,5-fachen Satz, für medizinisch technische Leistungen bis zum 2,5-fachen Satz und für Laborleistungen bis zum 1,3-fachen Satz abgerechnet werden. Hierfür muss die erbrachte Leistung sich vom Regelfall unterscheiden, also z. B. sehr schwierig oder zeitaufwendig sein. Die Abweichung muss schriftlich begründet werden und sie muss vor allem auch für den Versicherten nachvollziehbar sein.

Es besteht weiterhin die Möglichkeit, dass ärztliche Leistungen auch über den in der GOÄ und GOZ verbindlich festgelegten Höchstsätzen abgerechnet werden. Hierzu bedarf es aber einer Honorarvereinbarung zwischen Arzt und Patient, von der der Patient auch ein Exemplar zu erhalten hat. Diese Honorarvereinbarung muss zwingend persönlich zwischen Arzt und Patient ausgehandelt werden. Sie bedarf der Schriftform und sie muss vor der Behandlung geschlossen werden. Die Abrechnung der Leistung muss die zugrundeliegende Nummer der GOÄ und den Steigerungssatz enthalten. Da nur ausgewählte Tarife der PKV auch über den Höchstsätzen erstatten, muss die Abrechnung ferner einen Hinweis darauf enthalten, dass der Patient einen Teil der Rechnung selbst tragen muss.

Die Überschreitung der Höchstsätze muss der Arzt nur auf Verlangen des Patienten begründen. Es empfiehlt sich aber, diese Begründung zu verlangen, da der Krankenversicherer seine Erstattung, sofern es der Tarif vorsieht, von dieser Begründung abhängig machen kann.

Honorarvereinbarungen sind nur für ärztliche Leistungen nicht aber für Laborleistungen und medizinisch technischen Leistungen zulässig.

Prüfung von Rechnungen

Grundsätzlich sollte davon ausgegangen werden, dass Ärzte ihre Rechnungen gem. den Vorschriften der GOÄ bzw. GOZ korrekt erstellen. Dies muss aber nicht zwingend so sein, bzw. sehen die Gebührenordnungen teilweise komplizierte Regelungen vor, so dass sich auch mal Fehler einschleichen können. Bezahlen müssen Sie eine Rechnung grundsätzlich nur, wenn diese sowohl inhaltlich als auch rechnerisch korrekt ist.

Eine Rechnung über ärztliche Leistungen muss folgende Angaben zwingend enthalten:

- Datum der Leistungserbringung
- Abrechnungsnummer gem. GOÄ/GOZ
- Betrag der Leistung
- Steigerungssatz
- Minderungsbetrag (bei stationären Leistungen)

Bei Fragen zur Rechnungslegung sollten Sie zunächst Ihren Arzt ansprechen. Ist dies nicht erfolgreich, können Sie Rechnungen auch durch die Leistungsabteilung Ihres Krankenversicherers prüfen lassen. Teilweise fallen auch erst bei der Rechnungsprüfung durch den Krankenversicherer Rechnungsfehler auf, die der Versicherte selbst nicht bemerkt hat. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, kann sich auch ihre Krankenversicherung mit dem Arzt in Verbindung setzen und die Unstimmigkeiten klären.

In jedem Fall gilt, Sie sollten Rechnungen immer prüfen, bevor Sie sie bezahlen.

Musterbedingungen und Tarifbedingungen

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung ist keine Garantie dafür, dass damit auch alle Kosten von ihrem Krankenversicherer gezahlt werden. Auch in der PKV gibt es Einschränkungen, Höchstgrenzen und Leistungsbegrenzungen.

Vertragliche Grundlagen der Erstattung in der PKV sind:

- a) *Musterbedingungen (MB KK, MB KT)*
Die Musterbedingungen des PKV-Verbandes gelten als unverbindliche Empfehlungen zur Gestaltung der Versicherungsbedingungen. Darin werden u. a. Art und Umfang von Versicherungsleistungen sowie die Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers beschrieben.
- b) *Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)*
Allgemeine Versicherungsbedingungen basieren auf den Musterbedingungen. Sie dürfen diese aber weder einschränken noch ersetzen, lediglich eine Verbesserung ist zulässig. In den AVB finden Sie eine genaue Beschreibung der Leistungen der versicherten Tarife. Im Umkehrschluss gehören Leistungen, die nicht explizit benannt werden, auch nicht zum Versicherungsumfang.

Auswahl der Tarife

Rechnet man alle möglichen Tarifkombinationen deutscher Krankenversicherer zusammen, so sind dies mehr als 7.500. Für den Laien keine leichte Aufgabe, die individuell richtige Lösung zu finden. Die folgenden Ausführungen sollen anhand ausgewählter Fragen einen Überblick verschaffen.

Modular- und Kompakttarife

Krankenversicherungsschutz besteht grundsätzlich für folgende Teilbereiche:

- Ambulante Behandlungen bei Ärzten und Zahnärzten
- Stationäre Behandlungen
- Zahnersatz

Man unterscheidet in Modultarife und Kompakttarife.

Modultarife (auch Bausteintarife genannt) decken den Versicherungsschutz in jeweils einzelnen Tarifen ab. Auf diese Weise besteht bei der Auswahl des individuellen Versiche-

zungsschutzes ein hohes Maß an Flexibilität. In der Regel bezieht sich der Selbstbehalt nur auf den ambulanten Bereich. Änderungen von Teilen des Versicherungsschutzes sind relativ einfach möglich, da sie sich nur auf einen Tarifbaustein beziehen.

Bei Kompakttarifen sind die o. g. Leistungsbereiche in einem Tarif zusammengefasst. Der Versicherte erhält die Versicherungsleistungen im Paket. Individuelle Anpassungen sind somit ausgeschlossen. In der Regel werden Kompakttarife mit verschiedenen Selbstbehaltstufen angeboten und der Selbstbehalt gilt über alle Leistungsbereiche des Tarifes. Eine Änderung des Selbstbehaltes ist oft die einzige Gestaltungsmöglichkeit.

Hausarzttarife

Hausarzttarife werden nur von einigen Krankenversicherern angeboten. Versicherte müssen hier zuerst ihren Hausarzt konsultieren ehe die Kosten für die Konsultation eines Facharztes erstattet werden. Wird der Hausarzt nicht zuerst konsultiert, wird die Erstattungsleistung gekürzt.

Befürworter von Hausarztтарifen argumentieren damit, dass Hausärzte durchaus in der Lage seien, viele Krankheitsbilder selbst erfolgreich zu behandeln. Zudem entstehen bei hausärztlicher Behandlung geringere Kosten, als bei der Konsultation von Fachärzten. Außerdem seien Hausärzte besser als der Versicherte selbst in der Lage, zu entscheiden, welcher Facharzt konsultiert werden muss.

Kritiker begründen ihre Vorbehalte damit, dass Hausärzte als Allroundmediziner nicht zwangsläufig alle Krankheitsbilder umfassend beurteilen können, Überweisungen an Fachärzte aber erst erfolgen, wenn kein Behandlungserfolg eintritt.

In der Praxis kann in der Tat beobachtet werden, dass bei Hausarztтарifen Fachärzte später konsultiert werden, als bei Tarifen ohne Hausarztmodell.

Grundschutztarife

Viele Gesellschaften bieten ihren Versicherten auch s. g. Grundschutztarife an. Diese Tarife haben i.d.R. deutlich eingeschränkte Leistungskataloge und erstatten oft auch unterhalb der Regelsätze der GOÄ bzw. GOZ. Grundschutztarife sind aufgrund ihres geringeren Beitrages oft für jüngere Versicherte oder Selbständige zum Beginn der beruflichen Selbständigkeit interessant. Versicherte, die sich für einen Grundschutztarif entscheiden, sollten aber unbedingt darauf achten, dass der Versicherer eine Wechseloption in andere Tarife anbietet und dafür auch keine neue Gesundheitsprüfung verlangt. Dieser Wechsel sollte dann auch möglichst kurzfristig umgesetzt werden, da die Lücken in den meisten Angeboten so groß sind, dass der Grundschutz hohe Risiken birgt bestimmte Behandlungen und Operationsmethoden nicht erstattet zu bekommen.

Ausgewählte Fragen zu Leistungen innerhalb der PKV als Hilfestellung zur Tarifauswahl

Leistungsfragen ambulanter Bereich

Heilpraktiker (§4 (2) MM/KK)

Basis der Abrechnung von Heilpraktikerleistungen ist Gebührenordnung der Heilpraktiker (GebüH). Nicht alle privaten Krankenversicherungstarife erstatten Heilpraktikerleistungen. Oft werden die Erstattungen auf einen jährlichen Maximalbetrag beschränkt.

Alternative Heilmethoden

Bei Erstattung alternativer Heilmethoden erstattet der Versicherer dann wenn keine schulmedizinischen Behandlungen zur Verfügung stehen bzw. der Erfolg der Behandlung als allgemein anerkannt gilt. Eine weitergefasste Definition bezieht auch das s. g. Hufelandverzeichnis mit ein.

Ambulante Psychotherapie

Die Sitzungszahl kann auf eine bestimmte Anzahl pro Jahr beschränkt sein. An den Behandler können bestimmte Anforderungen, z. B. niedergelassener approbierter Arzt, gestellt werden.

Vorsorgeuntersuchungen

Übernommen werden sollten Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Teilweise erfolgt keine Anrechnung auf den Selbstbehalt oder die Leistungen werden bei der Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nicht berücksichtigt.

Kur aus Ambulanttarif

Übernahme der Kosten für ambulante Behandlungen im Rahmen einer Kur. Leistungen sind i.d.R. auf eine bestimmte Anzahl von Tagen pro Jahr limitiert. Ein Leistungsanspruch besteht i.d.R. nicht in jedem Jahr. Oftmals beinhalten private Krankenversicherungen auch keine Kurleistungen.

Hilfsmittel

Leistungen für Hilfsmittel sind i.d.R. beschränkt. Unterschieden werden offene und geschlossene Hilfsmittelkataloge. Für geschlossene Hilfsmittelkataloge gilt die Empfehlung, dass diese möglichst umfangreich gestaltet sein sollten.

Heilmittel

Als Heilmittel gelten z.B. Krankengymnastik, Massagen und Elektrotherapie. Nicht ersetzt werden Leistungen für Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder. Die Leistungen müssen von Angehörigen medizinischer Berufe erbracht werden. Nicht für alle Heilmittel werden die Kosten von allen Tarifen erstattet. So gehört z. B. die Logopädie nicht standardmäßig zum Leistungsumfang.

Arznei- und Verbandmittel

Die Kosten für Arznei- und Verbandmittel werden erstattet. Ausgenommen sind grundsätzlich Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Produkte. Leistungen für Spezialnahrung, wie z. B. Sondennahrung, muss explizit benannt werden.

Brillen / Sehhilfen

Leistungen für Brillengläser, Kontaktlinsen und Brillengestelle gehören i.d.R. zum Leistungsumfang wobei die Leistungen mehr oder weniger stark beschränkt werden. Korrekturen der Sehschärfe durch s.g. Lasik müssen explizit benannt werden.

Leistungsfragen stationärer Bereich

Geltungsbereich

Leistet der Versicherer nur für stationäre Behandlungen im Inland, innerhalb Europas oder weltweit. Sind die Leistungen zeitlich beschränkt bzw. gibt es Einschränkungen für bestimmte Länder.

Stationäre Transportkosten Inland

In der Regel werden Kosten zum und vom Krankenhaus für Entfernungen bis 100 km übernommen. Andere Definitionen sind möglich.

Entziehungsmaßnahmen

Diese Kosten werden i.d.R. nicht übernommen. Teilweise sehen die Tarifbedingungen aber auch eine Einzelfallentscheidung vor.

Stationäre Unterbringung

Wahlleistungen → Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer mit chefärztlicher Behandlung

(Werden die Wahlleistungen in Anspruch genommen, kann i.d.R. ein zeitlich begrenztes Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt werden.)

allgemeine Krankenhausleistungen → Unterbringung im Mehrbettzimmer mit belegärztlicher Behandlung

Kur aus Stationärtarif

Übernahme der Kosten i.d.R. auf einen Tagessatz beschränkt. Zudem oft keine jährliche Leistung.

Stationäre Psychotherapie

Gemischte Anstalten (Häuser, die sowohl stationäre Behandlungen, als auch Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen).

In der Regel vorherige Leistungszusage des Versicherers nötig. Ausgenommen sind Notfallbehandlungen.

Anschlussheilbehandlungen

Ein Leistungsanspruch besteht i.d.R. nur, wenn kein Rentenversicherungsträger leistungspflichtig ist.

Eine Leistungszusage des Versicherers ist obligatorisch. Oft sind an die Leistung Voraussetzungen, wie z.B. unmittelbarer Anschluss der Anschlussheilbehandlung an die stationäre Behandlung, gebunden.

Kindernachversicherung

Für Neugeborene besteht innerhalb der PKV ein Kontrahierungszwang. Unabhängig vom Gesundheitszustand müssen Neugeborene ohne Gesundheitsprüfung versichert werden. Der Versicherungsumfang darf nicht höher sein, als der des versicherten Elternteils. Für die Anmeldung gilt eine Frist von zwei Monaten nach der Geburt. Wird diese Frist versäumt, kann der Versicherer aus diesem Grund auf eine Gesundheitsprüfung bestehen. Im Extremfall könnte dann eine Verweigerung der Annahme des Vertrages die Folge des Fristversäumnisses sein.

Leistungsfragen Zahnbereich

Heil- und Kostenplan

Ein Heil- und Kostenplan wird von vielen Versicherungsgesellschaften verlangt. Auch wenn dieser nicht verlangt wird, ist die Vorlage empfehlenswert.

Zahnstaffel

Die Leistungen für Zahnersatz sind in den ersten Versicherungsjahren i.d.R. eingeschränkt. Dies geschieht, da der Versicherer vermeiden möchte, gleich zum Beginn eines Vertragsverhältnisses, wenn er noch nicht sicher sein kann, einen „treuen“ Versicherten zu haben, mit hohen Kosten konfrontiert zu werden. Zahnstaffeln machen somit durchaus Sinn. In den Bedingungen sollte allerdings klar definiert sein, dass bei unfallbedingtem Zahnersatz, keine Zahnstaffel gilt.

Zahnleistung

Angabe der Erstattungssätze für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kiefernorthopädie

Inlays

Implantate

Fehlende Zähne

Ab bestimmter Anzahl Leistungsausschluss, sonst Risikozuschlag

Allgemeine Leistungsfragen

Beitragsfreistellung bei Krankheit

Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung müssen auch ärztlich bestätigter Arbeitsunfähigkeit gezahlt werden.

Krankentagegeld

Für das Krankentagegeld können verschiedene Karenzstufen gewählt werden. Für Angestellte wird ein Krankentagegeld jedoch frühestens ab dem 43. Krankheitstag gezahlt. Das Krankentagegeld darf nicht höher als das Arbeitseinkommen sein. Darüber hinaus kann der komplette Monatsbeitrag der Krankenversicherung sowie Angestellten hälftige Beitrag zur RV mit KT abgesichert werden. Minderungen des Einkommens sind daher dem Krankenversicherer sofort anzuzeigen.

Nach den Regelungen des Einkommensteuergesetzes ist ein Krankentagegeld grundsätzlich steuerfrei. Krankentagegeld, welches durch eine private Krankenversicherung gezahlt wird, unterliegt auch nicht dem Progressionsvorbehalt. Diesem unterliegen nur Leistungen, die auf Regelungen des Sozialgesetzbuches beruhen.

Krankenhaustagegeld

Ein Krankenhaustagegeld kann unabhängig vom Einkommen versichert werden. Die Leistung beginnt mit dem ersten Tag einer stationären Aufnahme und endet mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Erstattungssätze GOÄ / GOZ

Siehe auch Gebührenordnung Ärzte und Zahnärzte

Viele Grundschatz- bzw. Einsteigertarife erstatten unterhalb der Regelsätze. Zusätzlich zu einem Selbstbehalt muss dann auch die Differenz zwischen Abrechnungsbetrag und Erstattungssatz selbst getragen werden.

Wechseloptionen

Viele Versicherungsgesellschaften bieten Einsteiger- oder Grundschatztarife an. Z. B. zum Beginn einer beruflichen Selbständigkeit kann die Wahl eines solchen Tarifes und die damit verbundene Kosteneinsparung sinnvoll sein. Empfehlenswert sind indessen nur solche Tarife, die eine Wechseloption in andere Tarife des Versicherers ohne neue Gesundheitsprüfung vorsehen.

Möglichkeit der Umwandlung einer Vollversicherung in eine Zusatzversicherung

Der Wechsel von den PKV in die gesetzliche Krankenversicherung ist zwar nicht der Regelfall, er ist aber durchaus denkbar wenn z. B. nach der Aufgabe einer beruflichen Selbständigkeit ein Angestelltenverhältnis folgt. Besteht dann die Möglichkeit, die Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umzuwandeln, gehen gebildete Altersrückstellungen nicht verloren.

Ergänzende Pflegeversicherung, Pfl egetagegeld

Zu jeder Krankenversicherung gehört per Gesetz eine Pflegepflichtversicherung. Deren Leistungen bemessen sich nach der Einstufung in drei Pflegestufen. Angesichts einer alternden Gesellschaft, wird das Pflegerisiko in den nächsten 30 bis 40 Jahren eine immense Bedeutung erlangen. Bereits heute ist nicht übersehbar, dass die tatsächlichen Pflegekosten oft über den Leistungen der Pflegepflichtversicherung liegen. Die Lücke muss aus eigenen Mitteln geschlossen werden. Um hohen Belastungen vorzubeugen, gilt der Abschluss einer ergänzenden Pflegeversicherung bzw. eines Pfl egetagegeldes als ausdrücklich empfohlen.

Antragsstellung

Antragsverfahren und Invitatioverfahren

Zum Abschluss eines Versicherungsvertrages stehen zwei Verfahren zur Verfügung:

a.) Antragsverfahren

Beim Antragsverfahren liegen dem Antragssteller alle Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie sonstige vom Gesetzgeber bestimmten Informationen vor der Antragsstellung vor. Der Antrag wird nach Eingang beim Versicherer geprüft und sofern keine Fragen bestehen angenommen. Der Versicherungsschein wird dem Antragssteller zugesandt.

b.) Invitatioverfahren

Beim Invitatioverfahren unterbreitet der Versicherer ein Angebot und sendet sämtliche vom Gesetzgeber bestimmten Unterlagen zu. Der Vertrag kommt erst mit Rücksendung der Annahmeerklärung durch den Versicherten zustande.

Gesundheitsfragen

Für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung müssen dem Versicherer umfangreiche Fragen zum Gesundheitszustand beantwortet werden. Eine ärztliche Untersuchung ist nicht nötig. Kann der Versicherer anhand der Angaben keine Einschätzung treffen, ist er berechtigt, die behandelnden Ärzte anzufragen. Über derartige Anfragen ist der Antragssteller zu informieren.

Die Gesundheitsfragen müssen grundsätzlich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Im Zweifelsfall ist es auch ratsam, Einsicht in Behandlungsakten aufgesuchter Ärzte zu nehmen.

Bestehen zum Zeitpunkt der Antragsstellung Erkrankungen oder liegen diese innerhalb des Zeitraumes, auf den sich die Gesundheitsfragen beziehen besteht auch die Möglichkeit, Risikovorabfragen zu stellen.

Bestehen Unsicherheit bezüglich der Beantwortung einzelner Fragen, ist es sinnvoll, den behandelnden Arzt hinzuzuziehen.

Bescheinigungen für Arbeitgeber und Vorversicherer

Seit Einführung der Versicherungspflicht ist die Kündigung einer Krankenversicherung gleich ob PKV oder GKV nur noch wirksam, wenn vom Folgeversicherer eine Bestätigung über den Abschluss des Vertrages vorgelegt wird. Der Vertrag muss nahtlos an den Vorvertrag anschließen.

Eine Bestätigung der Vorversicherung über zurückgelegte Versicherungszeiten ist neuen Versicherungsunternehmen ebenfalls vorzulegen.

Zur Inanspruchnahme des Arbeitgeberzuschusses ist auch dem Arbeitgeber eine Bestätigung des privaten Krankenversicherers vorzulegen.

Beihilfeberechtigte benötigen eine entsprechende Bestätigung für die Beihilfestelle.

