

# Leitfaden

## zur Entscheidungsfindung in der Privaten Krankenversicherung

Verfasser:

**Sven Hennig, S.H.C. GmbH**  
**Spezialmakler für die Private Krankenversicherung,**  
**Berufsunfähigkeit und Altersvorsorge**

Am Schäferstieg 5a, 21279 Dierstorf b. Hamburg

Tel. 04165 218 600, Fax: - 602

HR Tostedt, HRB 200727

GF Sven Hennig

Mail: [pkv@online-pkv.de](mailto:pkv@online-pkv.de)

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



## Vorbemerkung:

Mit diesem Leitfaden möchten wir Ihnen die unterschiedlichen Systeme der Krankenversicherung in Deutschland erklären, Ihnen Unterstützung bei dem Verstehen der beiden doch so unterschiedlichen Systeme bieten und helfen, Fehlentscheidungen zu vermeiden.

Mit den mehr als 50 Privaten Krankenversicherungsunternehmen und deren zig unterschiedlichen Tarifen ist es für den Laien selbst bei viel vorhandener Zeit fast unmöglich, sich einen Überblick zu verschaffen und die „richtige“ Entscheidung zu treffen.

Durch meine mehr als 10-jährige Tätigkeit mit der Spezialisierung auf die Bereiche Private Krankenversicherung und Berufsunfähigkeit ist es jedoch möglich, den richtigen Tarif zu finden.

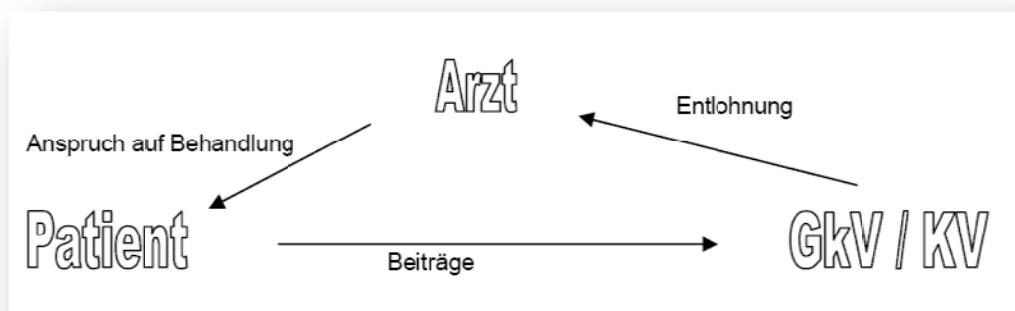
Das Problem ist, dass es auf die Frage „Welche Krankenversicherung ist denn gut?“ keine Antwort gibt oder geben kann. Durch die unterschiedlichen Ansprüche ist so eine Aussage nicht zu treffen. Vergleichen Sie es mit einem Auto ist ein Smart ebenso gut oder schlecht wie eine Mercedes S-Klasse.

## Das System Krankenversicherung

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

Die Ärzte werden nach einem komplizierten Punktsystem entlohnt, was an Budgets gebunden ist, und somit maximal begrenzt ist. Durch die Gesundheitsreform wird es zukünftig weitere Einschränkungen und Reglementierungen geben, welche sich sowohl auf die Beiträge als auch auf die Leistungen auswirken werden. Behandelt der Arzt mehr als sein Budget hergibt oder verordnet er viele Medikamente, so bedeutet dies in der Regel das seine Einzelleistung weniger wert ist, oder im Umkehrschluss das der Arzt umsonst arbeiten muss. (Daher sinkt, verständlicherweise, die Motivation)

Ebenso gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung das Gebot der Wirtschaftlichkeit. Nicht das beste Medikament wird verordnet, sondern das unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit geeignetste.



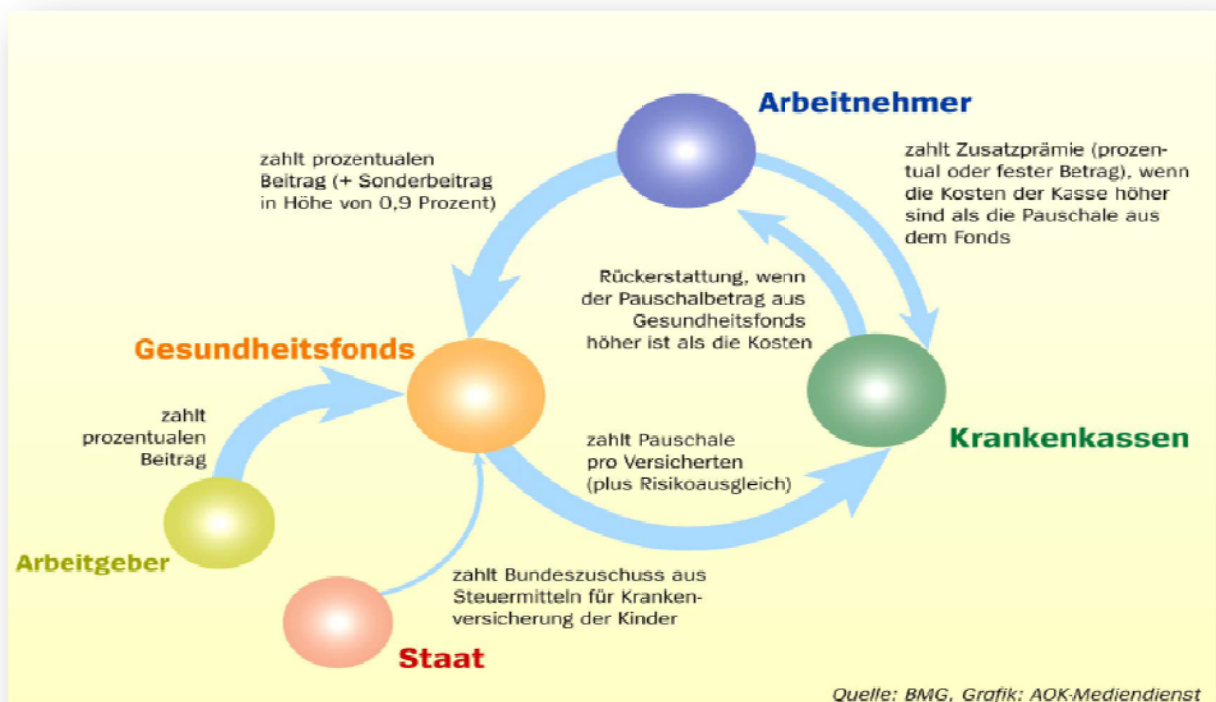
Die Beiträge die monatlich von den Kassen eingenommen werden, werden auch monatlich für die laufenden Ausgaben wieder benötigt. So etwas nennt man **Umlageverfahren**. Das funktioniert solange gut, wie mehr reinkommt als an Ausgaben benötigt wird.

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

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

Durch die Gesundheitsreform, welche im Februar beschlossen wurde, ändern sich einige wesentliche Punkte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zum einen wird es ab 2009 einen einheitlichen Beitragssatz aller Kassen geben. Die Kasse kann den eigentlichen Finanzbedarf durch Zu- oder Abschläge regulieren, in bestimmten Grenzen.

Stark vereinfacht sieht der Gesundheitsfond wie folgt aus:



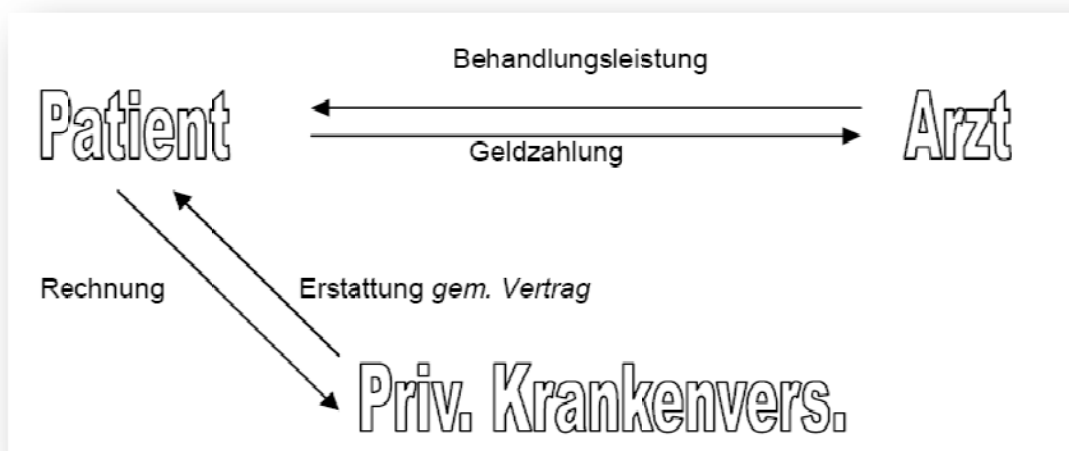
Um die steigenden Kosten irgendwie in den Begriff zu kommen, werden weitere Maßnahmen angedacht/ eingeführt. Dazu gehört auch wer **Vorsorgeuntersuchungen versäumt**, muss später bei schweren Erkrankungen mehr zuzahlen; Komplikationen nach Piercings und Tätowierungen werden von den Kassen nicht mehr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

eine Zweitmeinung bei teuren Medikamenten und aufwendigen Untersuchungen zur Pflicht.

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

### Wie ist es nun in der privaten Krankenversicherung

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



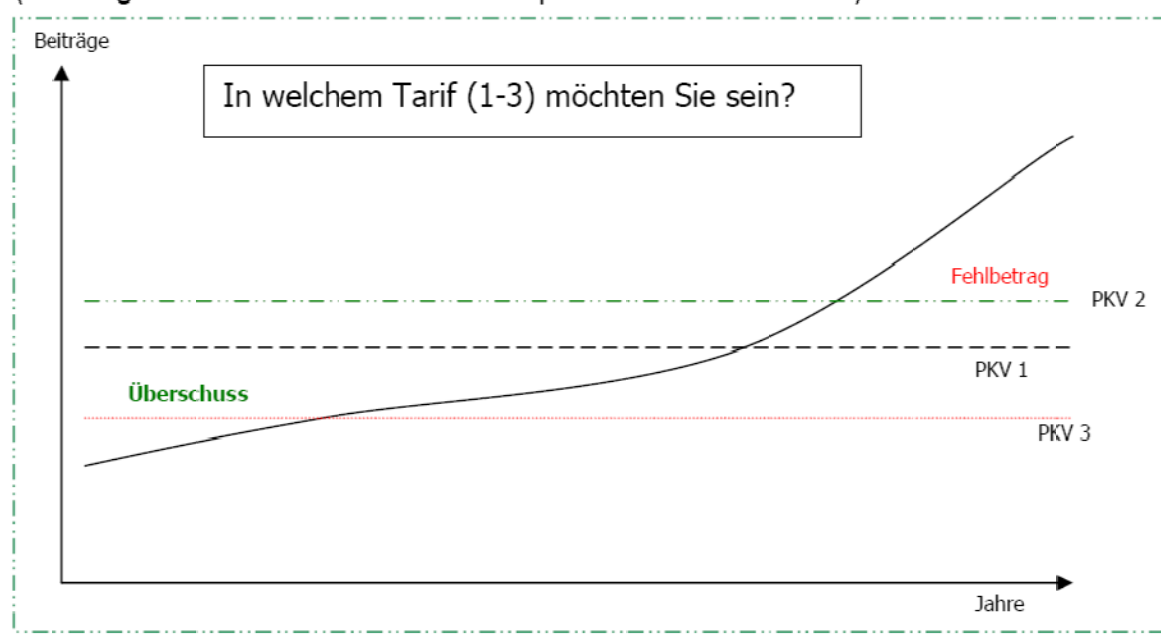
Der entscheidende Unterschied gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung ist, dass der Arzt all das leisten kann, was **Sie** wünschen und dieses entsprechend gesetzlichen Vorschriften an **Sie** berechnet. Maßgebend ist die Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Weiterhin ist auch eine Honorarvereinbarung möglich, die eine (fast) freie vertragliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient über das Honorar zulassen.

Die Private Krankenversicherung hat mit dem Arzt selbst **keinerlei** Vertragsverhältnis. **Sie** schulden dem Arzt die Bezahlung der Rechnung, wie auch er nur Ihnen zur Leistung verpflichtet ist. Was Sie davon von Ihrer Krankenversicherung letztendlich erstattet bekommen, ist davon abhängig, was Sie versichert haben. Nur das was vertraglich vereinbart und entsprechend fixiert ist, wird erstattet. Auch heute vielleicht erbrachte Kulanzzahlungen sind grundsätzlich nicht zulässig, da diese eine Veruntreuung von Versicherungsgeldern darstellen. Wenn Sie jahrelang gesund sind und Ihre Krankenversicherung nicht benötigen, möchten Sie sicher auch keine steigenden Beiträge, weil alle anderen aus Kulanz Erstattungen bekommen.

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

Sonst wird im Leistungsfall ziemlich schnell klar, dass Nachlässigkeiten bei der Auswahl oder die Zielsetzung möglichst billig versichert zu sein, schnell teuer werden. Es ist keinesfalls unüblich, dass die in der Werbung so gelobten „Billigtarife“ der Privaten Krankenversicherung in verschiedenen Bereichen schlechtere Versorgung bieten, als die gesetzliche Krankenversicherung. Hier gibt es eben keinen gesetzlich festgelegten Leistungsrahmen, sondern individuelle Vereinbarungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer.

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



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

Eins sollte jedoch klar sein:

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

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

1. Die **Musterbedingungen** (MB KK, MB KT) sind für alle PKV-Unternehmen verbindlich. Sie beinhalten die Forderungen des VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und erweitern/ verändern sie. Um also Tarife zu vergleichen müssen Sie alle Vertragsbedingungen und entsprechende Tarifbedingungen lesen und vergleichen. Was in Teil I noch vorhanden ist, kann auch in den Tarifbedingungen ausgeschlossen oder eingeschränkt sein.

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

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

- ✓ *bei den Beschreibungen der Heil- und Hilfsmittel auf eine umfassende Erstattung (möglichst ohne geschlossenen oder mit sehr umfangreichem Hilfsmittelkatalog) achten. Formulierungen wie zum Beispiel „Prothesen“ sind schlechter als „Körperersatzstücke“, lebenserhaltende Hilfsmittel sollten genannt sein*
- ✓ *bei Tarifen auf Heil- oder Hilfsmittelverzeichnisse achten und die Anpassungsmöglichkeit für die kommenden Jahre. Heute kann eine Preisgrenze von 1.000 EUR für ein Hilfsmittel hoch und/ oder ausreichend sein. Sind 1.000 EUR in 10/20 Jahren aber noch 1.000 EUR nach heutiger Kaufkraft? Stichwort Inflation!*
- ✓ *auf Einschränkungen der Zahnleistungen z.B. durch Zahnstaffeln oder feste Obergrenzen achten, Sprechen Sie ggf. vor Abschluss mit Ihrem/ einem Zahnarzt um eine Vorstellung zu bekommen ob die Kosten ausreichend sind*
- ✓ *schauen Sie sich Selbstbehalte und ihre Definition (absolut, prozentual, gedeckelt) an. In welchen Bereichen gilt der Selbstbehalt? Für alle, nur ambulante oder nur stationäre Behandlungen? Was passiert im Alter? Kann der Selbstbehalt verändert werden, ohne dass eine neue Gesundheitsprüfung erforderlich ist?*
- ✓ *lesen Sie nach ob es Möglichkeiten gibt, die Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umzuwandeln, denn wenn Sie wieder in die GKV zurück müssen, weil zum Beispiel Versicherungspflicht eintritt, brauchen Sie einen Rechtsanspruch auf Veränderungsmöglichkeit um eine Zusatzversicherung zu bekommen. Dieses könnte sonst verwehrt werden, wenn der Gesundheitszustand sich verschlechtert hat.*
- ✓ *Was passiert im Ausland? Können Sie Ihre Versicherung anpassen/ mitnehmen oder ruhen lassen? Wissen Sie ob Sie die nächsten 10, 20 oder 30 Jahre ausschließlich in Deutschland leben werden? Wissen Sie ob der Arzt, den Sie für Ihre Erkrankung gern konsultieren würden, dann noch in Deutschland praktiziert?*
- ✓ *auf begrenzte Leistungen für Heilpraktiker und Psychotherapeuten und auf eventuell bestehende Wartezeiten sollten Sie auch achten*

Sie sehen, dass es eine Vielzahl von Punkten und Kriterien gibt, die bedacht und beachtet werden müssen. Daher ist die Auswahl der Privaten Krankenversicherung und des entsprechenden Tarifes ein langfristiger und wachsender Prozess, welcher Schritt für Schritt entwickeln werden muss.

Nachdruck oder jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung

© 2007, Sven Hennig

## Nun, nehmen wir an Sie wollen zur PKV- nur wie?

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

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

- Ist ein höheres Risiko (Vorerkrankungen) vorhanden, was es annehmen lässt, das hohe Kosten anfallen, so wird man Sie nicht oder nur mit entsprechenden Zuschlägen, so genannten Risikozuschlägen versichern. Auch Erkrankungen die vielleicht ausgeheilt sind, derzeit keine Behandlungen bedürfen oder aus Ihrer Sicht gar kein Risiko darstellen, führen in der Privaten Krankenversicherung zu Zuschlägen, Ausschlüssen oder sogar der Ablehnung.
- Nur so lassen sich stabile Beiträge erreichen und die Entwicklung planen. Als einfache Grundregel kann gelten- lieber zu einem Versicherer der risikogerechte Zuschläge nimmt, als zu einem der alle ohne solche aufnimmt. (denn dieser wird kaum beitragsstabil sein können)
- Ist zu erwarten, dass der Vertrag pünktlich und zuverlässig bezahlt werden kann?

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

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

Seit einiger Zeit wird immer mehr nach psychotherapeutischen Behandlungen, Behandlungen wegen Kinderwunsch oder sonstigen Beeinträchtigungen gefragt. Achten Sie genau auf die Formulierung. Zeitlich unbegrenzte Fragen sind immer schwieriger zu beantworten als feste Zeiträume. Ggf. kann Ihnen Ihr Arzt behilflich sein.

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

**Ein Hinweis:** Geben Sie unbedingt alle Erkrankungen an, nach denen der Versicherer fragt, denn der Versicherer kann den Vertrag auch noch nach Jahren aufheben, wenn sich dann erst herausstellt, dass Sie nicht alle Gesundheitsfragen umfassend und wahrheitsgemäß beantwortet haben. Es kann somit passieren, dass Sie bei falscher Beantwortung plötzlich ohne Versicherungsschutz dastehen.

Nachdruck oder jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung

© 2007, Sven Hennig

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

- *Krebserkrankungen, die nicht seit mindestens 3 Jahren als ausgeheilt gelten*
- *Diabetes*
- *Herzinfarkte*
- *Notwendigkeit von Herzschrittmachern*
- *Psychotherapeutische Behandlungen*
- *Morbus Crohn*
- *Schweres Übergewicht (über 50%)*
- *Chronische Erkrankungen aller Art während der laufenden Behandlung*

In unserem PKV Assistenten Kay (auf unserer Internetseite) können Sie verschiedene Erkrankungen als erste Orientierung bewerten lassen. Dieses ist nur ein erster Orientierungswert, da nur durch genaue Voranfragen Aussagen seitens der Versicherer getroffen werden können.

***Kündigen Sie nie Ihren bisherigen Versicherungsschutz, ohne bei der neuen Gesellschaft eine schriftliche Bestätigung der Annahme erhalten zu haben. Darin besteht die große Gefahr, dass Sie eine Kündigungsbestätigung erhalten und der neue Versicherer Sie nicht aufnimmt.***

## **Beitragsberechnung**

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

Da an den persönlichen Daten nichts zu ändern ist, kann der Beitrag nur durch die Auswahl der Tarife beeinflusst werden: Sie als Kunde / Kundin können bei fast allen Gesellschaften zwischen Tarifen mit Grundleistungen bzw. Basisleistungen und Tarifen mit gehobenen Leistungen, z.B. privatärztlicher Behandlung oder hoher Erstattung des Zahnersatzes wählen.

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

**Achtung:** Es gibt absolute Selbstbehalte mit festen Summen, und es gibt prozentuale Selbstbehalte, z.B. 15% Eigenanteil bei jeder Rechnung. Bei diesen prozentualen Selbstbehalten ist es sinnvoll, wenn eine Obergrenze für Ihre eigenen Zuzahlungen besteht, weil Sie so die Kosten besser kalkulieren können.

Weiterhin muss zwischen einem ambulanten Selbstbehalt und einem Selbstbehalt auch über dentale und stationäre Behandlungen unterschieden werden.

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

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

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

Diesen Abschnitt nennt man Sparphase, es werden Alterungsrückstellungen gebildet. Übersteigen dann später die eingereichten Rechnungen den gezahlten Beitrag, beginnt die Entnahmephase, und die Alterungsrückstellungen werden aufgelöst.

Eine Mitnahme der Altersrückstellungen ist derzeit ausgeschlossen. Kündigen Sie Ihren Vertrag sind auch die Altersrückstellungen verloren und kommen den andren, im Tarif versicherten Kunden zu Gute. Diese Beträge werden als Stornogewinne bezeichnet, welche bei der Kalkulation berücksichtigt sind.

Ab 2009 wird, gemäß Plänen des Gesetzgebers, eine Mitnahme der Altersrückstellungen teilweise möglich. Bis zur Höhe der Altersrückstellungen im so genannten Basistarif, also einem branchenweit gleichen Tarif, werden die Rückstellungen dann mitgegeben.

Für jede seit dem 1.1.2000 neu abgeschlossene private Krankenversicherung muss ein gesetzliche Zuschlag von 10% auf alle Vollkostentarife von Versicherten zwischen 21 und 60 Jahren berechnet werden. Weitere Infos hierzu finden Sie unter Gesetzlicher Zuschlag.

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

Eine Beitragssteigerung findet auch dann statt, wenn die Sterbetafeln neu kalkuliert werden. Diese ist- vereinfacht erklärt- eine Tabelle wo festgeschrieben ist wie lange ein heute geborenes Baby heute statistisch gesehen leben wird. Durch medizinischen Fortschritt, bessere Lebens- und Umweltbedingungen und bessere medizinische Versorgung leben wir länger. Was für uns schön ist, ist für die Krankenversicherung einer der wichtigsten Gründe für die Steigerung von Beiträgen.

Denn je länger sie leben, desto länger brauchen Sie auch medizinische Leistungen.

## Tarifgestaltung

Während bei der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistungen festgelegt sind und auch (noch) keine Auswahl zwischen mehreren Tarifen möglich ist, findet sich bei der privaten Krankenversicherung eine für den Laien fast unüberschaubare Zahl unterschiedlichster Tarifvarianten.

*Durch die Gesundheitsreform wird es in den kommenden Jahren Veränderungen geben, so dass auch gesetzliche Kassen unterschiedliche Tarife anbieten können. Dieses geschieht heute in der Regel nur durch freiwillige Leistungen und Zusatzbausteine.*

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

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

## Kompakttarife

Solche Tarife sind, wie der Name schon vermuten lässt, als ein Paket konzipiert und sind meist nicht variabel. Sie sind für beitragsorientierte Zielgruppen konzipiert. Es ist bei der Wahl von Kompakttarifen daher wichtig, dass Sie sich darüber im klaren sind, welche Ansprüche Sie an eine private Krankenversicherung stellen.

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

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

## Unsere Empfehlung:

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

- Meist sind sie die "moderneren", neueren und billigeren Tarife. Die Gefahr einer Tarifvergreisung, also dem Verteuern eines Tarifes durch zu wenige Neuzugänge, ist dadurch zunächst geringer.

Nachdruck oder jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung

© 2007, Sven Hennig

- Sie sind in der Regel bei ähnlichen Leistungen billiger als die individuell kombinierten Tarife.
- Die Tarifstruktur ist überschaubar und leicht verständlich - man weiß genau, welche Leistungen in dem gewählten Paket enthalten sind und welche nicht.
- Beitragsrückerstattungen werden auf den gesamten Beitrag und nicht nur auf einzelne Bausteine gewährt.

Natürlich ergeben sich auch **Nachteile:**

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

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

Veränderungen wie die Reduzierung der Krankenhausleistungen oder Veränderungen des Selbstbehaltes sind aber nicht möglich, darauf sollten Sie sich vor Abschluss des Vertrages einstellen.

## Bausteintarife

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

- ambulante Leistungen
- stationäre Leistungen und
- Zahnleistungen

jeweils mehrere Varianten angeboten, aus denen ein individuelles Paket, genau auf Ihre Vorstellungen passend, zusammengestellt werden kann. So können Sie den Selbstbehalt im ambulanten Bereich in mehreren Stufen wählen, im Krankenhaus zwischen Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer entscheiden sowie die Chefarztbehandlung wählen, und Sie können die Erstattungshöhe für Zahnersatz selbst bestimmen. **Vorteile** sind daher:

- ein individuell auf Ihre Vorstellungen abgestimmtes Versicherungspaket kann zusammengestellt werden.
- Risikozuschläge werden nur für die Bereiche erhoben, in denen auch Leistungen fällig werden könnten
- der Wechsel in andere Bausteine, besonders bei verringerten Leistungen, ist bei den meisten Gesellschaften problemlos möglich

### **Nachteile sind aber:**

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

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

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

## Sondertarife

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

## Beitragsrückerstattung

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

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

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

Eine Beitragsrückerstattung hat in der Regel folgende Voraussetzungen:

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

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

## Krankentagegeld

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

Nachdruck oder jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung

© 2007, Sven Hennig

Für den Abschluss des Krankentagegeldes müssen Sie folgende Entscheidungen treffen:

- ✓ Wie hoch soll der versicherte Tagessatz sein?
- ✓ Nach welcher Karenzzeit soll die Leistung einsetzen?

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

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

Als Angestellter können Sie sich erst ab dem 43. Tag versichern, da bis dahin im Krankheitsfall die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers läuft. Als Selbständiger können Sie einen früheren Beginn des Tagegeldes wählen. Hierbei gilt: Je früher das Tagegeld einsetzt, desto höher ist die von Ihnen zu zahlende Prämie.

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

### **Der gesetzliche Zuschlag (GZ)**

Seit dem 1. 1. 2000 wird auf jeden neu beantragten Vertrag in der Krankenvollversicherung ein **Zuschlag von 10%** berechnet. Dieser dient der Stabilisierung der Beiträge im Alter und **muss** von allen Unternehmen der privaten Krankenversicherung erhoben werden.

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

Der GZ ist eine weitere Maßnahme, um die Beiträge zur privaten Krankenversicherung auch im Alter bezahlbar zu halten. Weitere Maßnahmen sind:

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

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

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

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

Durch unsere, über 10jährige Erfahrung und Spezialisierung auf die Bereiche Private Krankenversicherung, Absicherungen gegen Berufsunfähigkeit und Produkte zur Altersvorsorge sind wir in der Lage individuell und bedarfsgerecht zu beraten. Dieses geschieht bundesweit per Telefon, Fax oder im Rahmen einer Online Beratung. (mehr dazu unter <http://www.online-pkv.de> unter dem Menüpunkt „Onlineberatung“) Natürlich ist eine persönliche Beratung nach Terminabsprache möglich.

Nutzen Sie die Chance unser Knowhow bei Ihrer- vielleicht lebenslänglichen- Entscheidung zur Privaten Krankenversicherung abzufordern und unsere Analyse in Anspruch zu nehmen.

Kundenmeinungen zu der Beratung finden sie im Gästebuch auf unserer Homepage.

Eine gesunde Zeit wünscht Ihnen,

Sven Hennig