

Inhalt

Einleitung.....	3
1. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland	4
1.1 Unterschiede zwischen Gesetzlicher (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV).....	4
1.2 Versicherungspflicht in der GKV vs. Versicherungsmöglichkeit in der PKV.....	5
1.3 Echte und vermeintliche Vor- und Nachteile der GKV.....	6
1.3.1 Beitragsentwicklung und Beitragssteigerungen in der PKV.....	6
1.3.2 Versicherung von Familienangehörigen	7
1.3.3 Leistungen im Bereich der Psychotherapie.....	8
1.3.4 Versicherung bei Vorliegen von Vorerkrankungen	9
1.4 FAZIT: Beide Systeme haben ihren Platz	9
2. Die private Krankenversicherung	10
2.1 Arten der PKV	10
2.1.1 Krankheitskosten-Vollversicherung.....	10
2.1.2 Kranken-Zusatzversicherungen	11
3. Auswahlkriterien für eine private Krankenversicherung.....	11
3.1 Ärztliche Leistungen	12
3.2 Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ).....	13
3.3 Transporte	14
3.4 Vorsorgeuntersuchungen.....	14
3.5 Hilfsmittel.....	15
3.6 Heilmittel	15
3.7 Psychotherapie.....	16
3.8 Heilpraktikerleistungen.....	16
3.9 Kurbehandlung – Anschlussheilbehandlung.....	17
3.10 Besonderheiten – stationäre Behandlungen.....	17
3.11 Besonderheiten – Zahnbehandlung und Zahnersatz	18
3.12 Versicherungsschutz im Ausland.....	19
3.13 Weitere Kriterien im Entscheidungsprozess.....	20
3.13.1 Wechseloptionen	20
3.13.2 Eintritt der Versicherungspflicht in der GKV.....	20
3.13.3 Kindernachversicherung.....	20
4. Spezielle Fragen und Themen der PKV.....	20
4.1 Der Basistarif.....	20
4.2. Mitnahme von Alterungsrückstellungen	21
4.3 Bonitätsprüfungen bei Antragstellern.....	22
4.4 Abwicklung von Leistungsfällen	22
Glossar.....	24
Nützliche Links zum Thema Krankenversicherung.....	25
Quellen.....	25
Anlagen	26
Vorfragebogen für den Leistungsumfang KV (Private Krankenversicherung).....	27
Vorfragebogen für den Leistungsumfang KT (Krankentagegeldversicherung)	36

Einleitung

Mit dem vorliegenden Leitfaden wollen wir die Mitglieder des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. bei der Wahl des richtigen Versicherungsschutzes unterstützen. Wir haben hierzu eine Vielzahl von Informationen zusammengetragen. Dabei wird deutlich, dass die private Krankenversicherung und die am Markt verfügbaren Tarife komplexe Fragestellungen aufwerfen. Der Leitfaden kann deshalb die Beratung durch die Experten und Kooperationspartner der Wirtschaftsdienst GmbH sicher nicht ersetzen.

Die Wahl der richtigen Krankenversicherung sollte niemals allein unter dem Gesichtspunkt des Beitrages erfolgen. Der in der Werbung v.a. im Internet suggerierte Eindruck, dass man eine hochwertige private Krankenversicherung für unter 60 Euro monatlich erhalten könne, führt in eine falsche Richtung. Es besteht sogar die Gefahr, dass erhebliche Lücken im Versicherungsschutz in Kauf genommen werden, die auch zu existenzbedrohenden Kostenrisiken führen können.

Insgesamt sollte stärker ins Blickfeld rücken, dass man mit der Entscheidung für einen leistungsstarken Tarif in der privaten Krankenversicherung eine im Vergleich mit der gesetzlichen Krankenversicherung bessere medizinische Versorgung erwirbt. Wenn diese dann auch noch etwas preiswerter ist, kann dies ein positiver Nebeneffekt sein.

Wir sehen den Leitfaden als Teil unserer qualifizierten Beratung der Verbandsmitglieder. Machen Sie sich mit den Inhalten vor dem Beratungsgespräch vertraut und notieren Sie sich im Vorfeld des Gesprächs mit den Experten Ihre Fragen. So kann das Beratungsgespräch gezielter auf Kernfragen eingehen und der Auswahlprozess für eine leistungsfähige private Krankenversicherung lässt sich weiter optimieren.

Sollten Sie Anregungen zum Leitfaden haben oder Wünsche für die Aufnahme weiterer Fragestellungen, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diese per Mail zukommen lassen. Senden Sie diese an: mail@bdp-wirtschaftsdienst.de

Wir wünschen Ihnen viele neue Erkenntnisse zur privaten Krankenversicherung und eine für Ihre Gesundheit gute Entscheidung.



Dr. Michael Marek

Wirtschaftsdienst GmbH des BDP

Geschäftsführer

1. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland

In Deutschland erfolgt die medizinische Versorgung der Bevölkerung in einem dualen System, welches derzeit aus

- 153 Gesetzlichen Krankenkassen (2011) und
 - 45 Privaten Krankenversicherern
- besteht.

Wer sich in welchem Bereich versichern kann oder muss, regelt das Sozialgesetzbuch (SGB) Nr. V. Grundsätzlich besteht seit dem 01.01.2009 in Deutschland eine gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss einer Krankenversicherung. Bestandteil ist stets auch eine Pflege-Pflicht-Versicherung, die es seit 1995 in Deutschland als jüngsten Zweig der Sozialversicherung gibt. Diese bietet jedoch keine vollständige Absicherung, sondern wurde von vornherein als Grundversorgung (Teilkasko) konzipiert.

1.1 Unterschiede zwischen Gesetzlicher (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV)

Die nachfolgende Tabelle vermittelt einen groben Überblick über die Unterschiede der beiden teilweise um Mitglieder und Versicherte konkurrierenden Systeme.

PKV	GKV
<p>Versicherte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angestellte und Arbeiter, deren Einkommen über den gesetzlich vorgegebenen Entgeltgrenzen liegt ▪ Selbstständige und Freiberufler ▪ Beamte und Beamtenanwärter ▪ Studenten 	<p>Versicherte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflichtmitglieder (Arbeiter und Angestellte unter den gesetzlichen Entgeltgrenzen, Landwirte, Künstler, Studenten etc.) ▪ Freiwillige Mitglieder
<p>Vertragsfreiheit und Wettbewerb Ausnahme: Annahmewang und weitgehend einheitliche Leistungen im Basistarif</p>	<p>Annahmewang und weitgehend einheitliche Leistungen</p>
<p>Beitrag</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ abhängig von Tarif, Eintrittsalter, Geschlecht, Gesundheitszustand bei Abschluss und eventuell Berufsgruppe ▪ jede versicherte Person zahlt einen eigenen Beitrag <p>➤ Äquivalenzprinzip</p>	<p>Beitrag</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einkommensabhängig ▪ Familienmitglieder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert sei
<p>Beitragsanpassung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nach Prüfung und Genehmigung durch einen Treuhänder ▪ bei Abweichungen zwischen tatsächlichen und kalkulierten Leistungsausgaben oder bei Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeit <p>➤ nicht bei Gehaltserhöhungen</p>	<p>Beitragsanpassung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ durch jährliche Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) ▪ durch Änderung des allgemeinen/ermäßigten Beitragssatzes ▪ durch Erhebung von Zusatzbeiträgen <p>➤ bei jeder Gehaltserhöhung bis zur Beitragsbemessungsgrenze</p>

Beitragsicherung für das Alter <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bildung von Alterungsrückstellungen ▪ Gesetzlicher Zuschlag in Höhe von 10% ▪ Beitragsicherungsbausteine <p>➤ Anwartschafts-Deckungs-Verfahren</p>	Beitragsicherung für das Alter <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Bildung von Rückstellungen <p>➤ Umlageverfahren</p>
Leistungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vielfältige Tarifvarianten für bedarfsgerechten Versicherungsschutz ▪ vertraglich garantierter Leistungsumfang über das gesetzlich definierte Maß hinaus möglich ▪ individuell vereinbar <p>➤ Kostenerstattungs-Prinzip</p>	Leistungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ vom Gesetzgeber vorgegeben ▪ weitgehend einheitlich ▪ vorgeschriebene Zuzahlungen ▪ Änderung durch Gesetzgeber jederzeit möglich <p>➤ Sachleistungs-Prinzip</p>
Wartezeiten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorversicherungszeiten in der GKV oder einer anderen PKV werden auf Wartezeiten angerechnet ▪ Wartezeiterlass mit ärztlichem Attest möglich ▪ häufig keine Wartezeit bei Unfällen ▪ Nachversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit möglich 	Wartezeiten <ul style="list-style-type: none"> ▪ keine

1.2 Versicherungspflicht in der GKV vs. Versicherungsmöglichkeit in der PKV

Grundlegende Kriterien für die Beantwortung der Frage, ob man in der GKV pflichtversichert ist oder sich in der PKV versichern kann, sind

- das erzielte Jahreseinkommen **und**
- der berufliche Status des zu Versichernden.

Ausgehend davon ergeben sich folgende Regelungen:

Beruflicher Status	Einkommen	Kranken-Versicherung
Angestellter	Bis zur ➡ Versicherungspflichtgrenze 2011 – 49.500 EUR 2012 – 50.850 EUR	Pflichtversichert in der GKV
	Oberhalb Versicherungspflichtgrenze	Freiwillig versichert in der GKV oder PKV
Beamter	Keine Relevanz	Beihilfeanspruch und Ergänzung in der PKV
Selbstständiger/ Freiberufler	Keine Regelung	Freiwillig versichert in der GKV oder PKV

Eine Reihe von Berufs- bzw. Personengruppen, wie z.B. Landwirte, bleibt bei dieser Übersicht unberücksichtigt. Teilweise besteht auch dort eine Versicherungspflicht in der GKV oder auch Wahlfreiheit. Details hierzu sind im Rahmen des notwendigen individuellen Kundenberatungsgesprächs abzuklären.

1.3 Echte und vermeintliche Vor- und Nachteile der GKV

1.3.1 Beitragsentwicklung und Beitragssteigerungen in der PKV

Dieser Themenkomplex ist der meistdiskutierte, wenn über Vor- und Nachteile einer privaten Krankenversicherung diskutiert wird.

Pauschal wird immer wieder behauptet, dass unkalkulierbare Beitragssteigerungen in der PKV einen deutlichen Nachteil gegenüber der GKV darstellen.

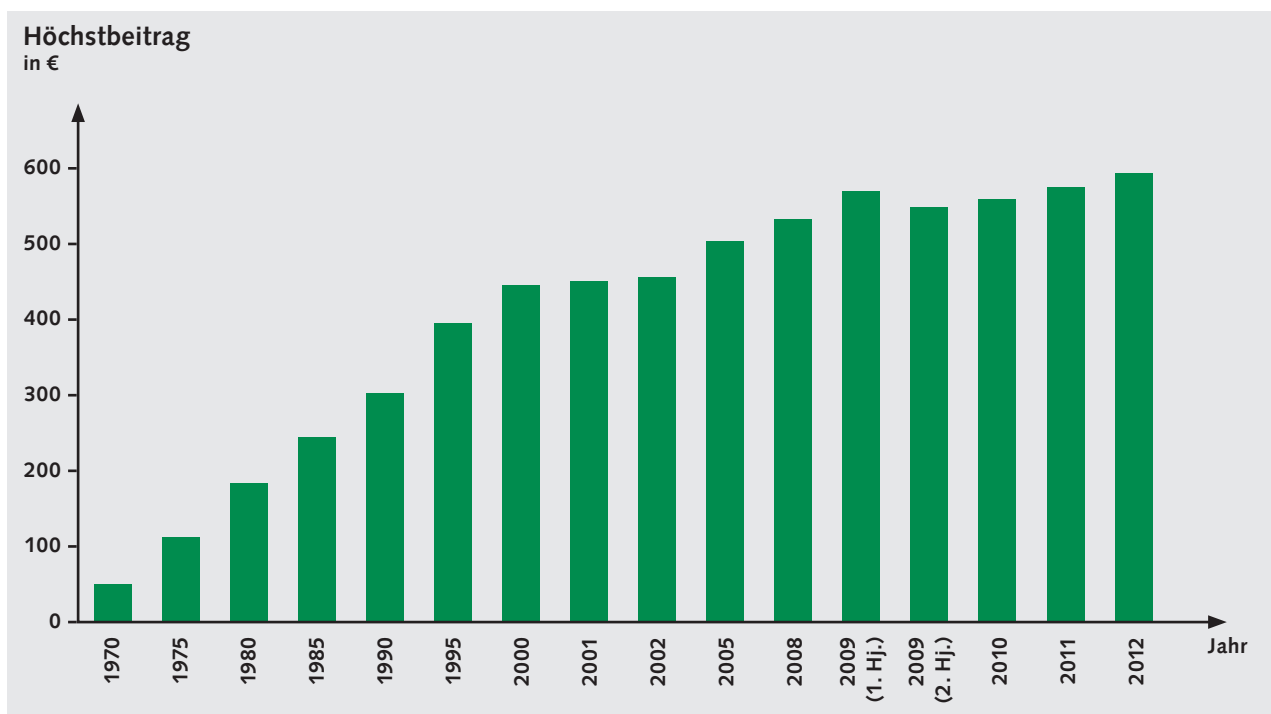
Richtig ist, dass es auf Grund der steigenden Lebenserwartung und des medizinischen Fortschritts Kostensteigerungen im Gesundheitswesen gibt, die in den Versicherungstarifen nicht von vornherein berücksichtigt sind. Insofern sind Beitragserhöhungen zu beobachten, die auf der Basis eines Treuhänderverfahrens vorgenommen werden. Sie dienen letztlich der dauerhaften Erfüllbarkeit der Verträge, da Leistungskürzungen in den bestehenden Verträgen nicht möglich sind.

Darüber hinaus hat in der PKV der Versicherte selbst einige Einflussmöglichkeiten auf die Beitragshöhe (Selbstbehalte, Veränderung des Leistungsspektrums).

Weitestgehend berücksichtigt sind in den Tarifen altersbedingte Kostensteigerungen in den so genannten **Az Alterungsrückstellungen** (155 Mrd. EUR – 2009). Der im Jahre 2000 eingeführte **Az gesetzliche Zuschlag** soll weitere Entlastungen im Alter bewirken.

Bei genauer Betrachtung der GKV sind auch hier in den vergangenen Jahren deutliche Beitragserhöhungen erkennbar. Diese resultieren z.B. aus den Erhöhungen der Beitragsbemessungsgrenze, den zunehmend von einzelnen Kassen erhobenen Zusatzbeiträgen und den weiter ausgebauten Eigenbeteiligungen in der GKV.

Das nachfolgende Diagramm zeigt die Entwicklung in der GKV seit 1970. Die dazugehörige Datentabelle finden Sie in der Anlage auf Seite 26)



Unberücksichtigt bleiben in der GKV die vielfältigen Leistungskürzungen in den letzten Jahren, die de facto ebenfalls Beitragssteigerungen darstellen. Eine kleine Auswahl solcher Maßnahmen seit 1977 soll dies belegen:

- 1977 Streichung der freien Krankenhauswahl
- 1993 Streichung aufwendiger Maßnahmen beim Zahnersatz
- 2000 Abschaffung der Individualprophylaxe bei der Zahnbehandlung
- Erhöhung der Zuzahlungen bei Fahrtkosten, Heilmitteln und Arzneimitteln

Insofern ist für gut verdienende Angestellte und Freiberufler/Selbstständige mit hohem Einkommen nicht a priori von einer besseren Position bei einer Versicherung in der GKV auszugehen.

1.3.2 Versicherung von Familienangehörigen

Ein Vorteil der GKV liegt sicher in der so genannten kostenfreien Familienversicherung für

- nicht erwerbstätige Ehepartner und
- Kinder.

Während der Mutterschafts- und Elternzeit sind keine Beiträge zu entrichten. Außerdem wird Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und Erkrankung eines Kindes gezahlt.

In der PKV zahlen alle Versicherten einen eigenen Beitrag, der jedoch risikogerecht und nicht einkommensabhängig ist.

1.3.3 Leistungen im Bereich der Psychotherapie

Die **Kostenerstattung** bei Psychotherapie richtet sich bei der PKV nach den Bestimmungen des jeweiligen Tarifs. Bei der PKV können Versicherte aus allen Ärzten auswählen, also auch unter Spezialisten ohne Kassenzulassung.

Behandlungen beim Psychotherapeuten sind in den meisten Tarifen mitversichert. Bezüglich des Umfangs der Kostenübernahme unterscheiden sich die Tarife sehr stark. Bei der Auswahl geeigneter Tarife sind die Bedingungsregelungen genauestens zu prüfen, um bei Bedarf ausreichend geschützt zu sein.

In der GKV erfolgt die Erstattung von Psychotherapien, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- der Psychotherapeut verfügt über eine Kassenzulassung
- beim Patienten muss eine psychische Störung mit Krankheitswert festgestellt sein
- ein Behandlungserfolg muss aufgrund der Motivation des Patienten möglich erscheinen.

Die Psychotherapierichtlinien schreiben vor, dass nur die drei anerkannten Verfahren – Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie – von der Krankenkasse bezahlt werden. Nicht übernommen werden die Kosten für nicht anerkannte Therapieverfahren wie Gesprächstherapie, Kunsttherapie, Körpertherapie, Psychotherapie durch Heilpraktiker.

Für die drei genannten zugelassenen Verfahren hat zunächst jeder gesetzlich versicherte Patient Anspruch auf bis zu 5 Probesitzungen für Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bzw. bis zu 8 Sitzungen für analytische Psychotherapie bei einem kassenzugelassenen Psychotherapeuten. Während dieser Probesitzungen stellt der Psychotherapeut die Diagnose.

Es wird dann in einem Gutachten die Kostenübernahme zunächst für eine Kurzzeittherapie von 25 Stunden oder gleich für eine Langzeittherapie von 45 bis 50 Stunden beantragt. Für alle Stunden über 50 hinaus können Verlängerungen der Therapie beantragt werden.

Ein zunehmendes Problem ergibt sich daraus, dass für eine zunehmende Zahl behandlungsbedürftiger Patienten keine ausreichende Zahl von kassenzugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten zur Verfügung steht. Somit ergeben sich oft lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz.

1.3.4 Versicherung bei Vorliegen von Vorerkrankungen

In der **gesetzlichen Krankenversicherung** erfolgt grundsätzlich keine Gesundheitsprüfung. Die Ablehnung eines Antrages bei Vorliegen von Vorerkrankungen ist nicht zulässig. Trotzdem versuchen auch gesetzliche Krankenkassen den Zugang von Versicherten mit einem bereits vorhandenen Kostenrisiko zu minimieren. Die Insolvenz erster gesetzlicher Krankenkassen und die danach sichtbar gewordenen Versuche, solche Versicherten nicht aufzunehmen, machten diese Erscheinung besonders deutlich.

In der **privaten Krankenversicherung** erfolgt grundsätzlich eine Gesundheitsprüfung, um eine risikoadäquate Prämie bzw. die Versicherbarkeit eines Risikos zu ermitteln. Dies ist notwendig, da die Tarifikalkulation von gesunden Risiken ausgeht. Sollen bereits vorhandene Erkrankungen mitversichert werden, ist im Interesse der Versichertengemeinschaft eine individuelle Risikobewertung zwingend erforderlich.

Erstmals gab es im Zusammenhang mit der Einführung der Versicherungspflicht in Deutschland im Jahre 2009 ein gesetzlich verordnetes Abweichen von diesem Grundsatz bei der Aufnahme von Versicherten. Im **Basistarif**, der in Art, Umfang und Höhe den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung in der PKV abbildet, werden zwar Gesundheitsfragen gestellt, eine Zuschlagserhebung oder Ablehnung ist jedoch nicht zulässig.

Eine Gesundheitsprüfung erfolgt ebenfalls nicht bei

- der Nachversicherung von Neugeborenen
- bei der Auslandsreisekrankenversicherung
- bei speziellen Zusatz-Versicherungs-Tarifen, die z.B. nach einem Unfall oder für Vorsorgeuntersuchungen leisten.

In jedem Fall sind dies Ausnahmen vom Grundsatz und auch hier sind die genauen Tarifregelungen zu prüfen. Einen neuen Trend findet man im Bereich der Gruppenversicherung, insbesondere in der betrieblichen Krankenversicherung. Hier gibt es bereits heute ein Abweichen vom Grundsatz der Risikoprüfung.

1.4 FAZIT: Beide Systeme haben ihren Platz

Insgesamt ist die Private Krankenversicherung, was durch die nachfolgende Ausführungen noch weiter vertieft wird, für freiberuflich und selbstständig tätige Psychologen, für verbeamtete Psychologen und angestellte Psychologen mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze insbesondere aus Sicht des deutlich besseren Leistungsspektrums eine attraktive Alternative zur Absicherung der Krankheitskosten.

In Einzelfällen, z.B. bei Notwendigkeit der Mitversicherung von Familienangehörigen, im Prozess der Existenzgründung/Niederlassung oder bei bereits vorhandenen Vorerkrankungen, die eine Versicherung in der Privaten Krankenversicherung ausschließen, ist eine Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung oft eine sinnvolle, manchmal sogar notwendige Lösung. Der Versicherungsschutz sollte dann nach Möglichkeit durch den Abschluss von Zusatzversicherungen ergänzt werden.


Es ist sinnvoll auch im Prozess der Auswahl einer gesetzlichen Krankenkasse den Blick auf das Leistungsspektrum (auch wenn hier nur begrenzte Spielräume vorhanden sind), die Servicequalität und die wirtschaftliche Situation der Krankenkasse zu richten. Auch hier bietet die Wirtschaftsdienst GmbH wirksame Unterstützung. Mit ausgewählten servicestarken Krankenkassen bestehen Kooperationsbeziehungen.

2. Die private Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung sind rund 9 Millionen Menschen mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung versichert. Eine zunehmende Bedeutung erlangen insbesondere seit der zunehmenden Vornahme von Einschränkungen in der GKV Zusatzversicherungen in den verschiedenen Bereichen. Obligatorisch ist der Abschluss einer Privaten Pflege-Pflicht-Versicherung. Fakultativ ist der Abschluss einer Krankentagegeld-Versicherung als Pendant zum Krankengeld in der GKV. Eine solche Versicherung ist insbesondere für selbstständige bzw. freiberufliche Psychologen u.E. notwendig, da keine sonstige Absicherung (z.B. Lohnfortzahlung) besteht.

2.1 Arten der PKV

2.1.1 Krankheitskosten-Vollversicherung

Die Krankheitskosten-Vollversicherung wird in Deutschland als  **substitutive Krankenversicherung** angeboten. Insofern müssen alle auch in der gesetzlichen Krankenversicherung vorhandenen Bereiche abgedeckt werden.

Deshalb werden Kosten folgender Bereiche versichert:

- ambulante Behandlungen
- stationäre Behandlungen
- Zahnbehandlung/Zahnersatzleistungen.

Die am Markt vorhandenen Produktangebote existieren zum einen als so genannte Kompakttarife und als Bausteintarife. In letzteren können in gewissem

Maße einzelne Komponenten ausgeschlossen werden bzw. differenziert gestaltet werden.

2.1.2 Kranken-Zusatzversicherungen

Über diese Versicherungen ist die gezielte Absicherung von in der gesetzlichen Krankenversicherung vorhandenen Lücken möglich. Angebote bestehen insbesondere für folgende Bereiche:

- Zahnbehandlung/Zahnersatz
- Privatpatient im Krankenhaus
- Erstattung der ambulanten Behandlungskosten
- Pflegezusatzversicherungen
- Krankentagegeldversicherungen
- Heilpraktikerleistungen
- Auslandsreisekranken-Versicherungen

Im Rahmen dieses Leitfadens wird dieser Bereich jedoch nicht weiter dargestellt.

3. Auswahlkriterien für eine private Krankenversicherung

Ausgehend von der Vielzahl der privaten Krankenversicherer und der von ihnen angebotenen Tarife ist es schwierig, ohne Expertenwissen eine optimale Lösung zu finden.

Eine Orientierung am Beitrag ist dabei nur bedingt hilfreich. Grundsätzlich gilt, dass je niedriger der Beitrag ist, umso schlechter oder lückenhafter ist das Leistungsspektrum.

Insofern kann ein geeignetes Produkt nur über die intensivere Beschäftigung mit in den Versicherungsbedingungen enthaltenen Leistungskriterien gefunden werden.

Nachfolgend sollen die wichtigsten Kriterien herausgearbeitet werden. Dabei sind folgen Bereiche von Bedeutung

- Arztwahl ambulant & stationär
- Honorarerstattung für ärztliche Leistungen
- Transportleistungen
- Vorsorgeuntersuchungen
- Hilfsmittel
- Heilmittel
- Erstattung bei Psychotherapien
- Kur- / Anschlussheilbehandlungs-Leistungen

- Unterbringung bei stationären Behandlungen
- Leistungen bei Zahnbehandlung / Zahnersatz
- Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten
- Wechseloptionen
- Kindernachversicherung
- Krieg und Terror

3.1 Ärztliche Leistungen

a) ambulante Arzt- und Zahnarztbehandlung

freie Arztwahl

Die freie Wahl des Arztes unter allen niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten ist einer der Vorteile der PKV. Partiiell können auch Leistungen von Heilpraktikern in Anspruch genommen werden. Arztwechsel sind jederzeit möglich. Eine Überweisung wie in der GKV ist nicht notwendig.

Haus- und Primärarztprinzip

Eine gewisse Einschränkung erfährt dieses Grundprinzip der PKV durch die seit einigen Jahren auf dem Markt befindlichen **A-z Hausarzt-** und **A-z Primärarzztarife**, bei denen eine Kürzung der Erstattung erfolgt, wenn sofort (ohne Überweisung) ein Facharzt aufgesucht wird.

Beim Hausarzt- und Primärarztprinzip sollen die Behandlungen zunächst ausschließlich von bestimmten Ärzten vorgenommen werden. Als Primärärzte gelten:

- praktische Ärzte
- Ärzte für Allgemeinmedizin
- Kinderärzte
- Not- und Bereitschaftsärzte
- Augenärzte
- Gynäkologen

Partiiell ist der Hausarzt namentlich gegenüber dem Versicherer zu benennen.

Beim Zahnarzt greift dieses Prinzip i.d.R. nicht. Sollten hier spezialisierte Zahnärzte im Rahmen der Behandlung erforderlich sein, erfolgt die Einschaltung i.d.R. immer über den Hauszahnarzt.

b) stationäre Behandlung

Chefarztbehandlung

Sofern in dem gewählten Tarif nur allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, erfolgt die Behandlung im Krankenhaus durch den jeweiligen diensthabenden Arzt. Soll die Behandlung von spezialisierten und erfahrenen Ärzten durchgeführt werden, ist die Versicherung privatärztlicher Behandlungen im Krankenhaus (fälschlich oft Chefarztbehandlung) erforderlich. An-

sonsten müssten bei Inanspruchnahme der privatärztlichen Behandlung die ggfs. nicht unerheblichen Kosten selbst getragen werden. U.E. stellt die Mitversicherung privatärztlicher Leistungen im Krankenhaus eines der wichtigsten Kriterien in der Tarifauswahl dar, da nur dann eine qualitativ hochwertige Versorgung ohne Kostenrisiko in Anspruch genommen werden kann.

Empfehlung: Es sollte genau geprüft werden, ob die Wahl eines Hausarzt- oder Primärarzttarifes den eigenen Vorstellungen entspricht. Im Krankenhaus sollten im Interesse einer schnellen Genesung die Vorzüge der privatärztlichen Behandlung vereinbart werden.



3.2 Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ)

Die Honorare für die Behandlung von Privatpatienten sind in den genannten Gebührenordnungen geregelt. Darin sind die einfachen Sätze für detaillierte Behandlungsmaßnahmen enthalten. In der Regel wird der 2,3-fache Satz abgerechnet (REGELSATZ).

REGELSATZ

Mit einer entsprechenden Begründung kann der Arzt/Zahnarzt bis zum 3,5-fachen Satz liquidieren (HÖCHSTSATZ). Dies ist z.B. möglich bei erhöhtem Zeitaufwand für eine Behandlung.

HÖCHSTSATZ

Möglich sind auch Erstattungen über dem 3,5-fachen Satz, wenn mit dem Patienten eine Honorarvereinbarung getroffen wird. Dies erfolgt i.d.R. bei der Inanspruchnahme von Spezialisten und modernsten Behandlungsverfahren. Besondere Bedeutung haben derartige Erstattungsregelungen im stationären Bereich, da hier oft sehr hohe Kosten entstehen und Begrenzungen auf den Regelsatz bzw. den Höchstsatz ein hohes Restkostenrisiko bergen können.

Privatärztliche Vereinbarung

Erstattung in Abhängigkeit von der Bindung an die GOÄ/GOZ



Quelle: Substanz entscheidet – Qualität setzt sich durch. Seite 3



Empfehlung: Erstattungsregelungen unter dem 3,5-fachen Satz führen zu finanziellen Belastungen für den Versicherten. Soll eine umfassende ärztliche Versorgung auch im Rahmen modernster Heilverfahren (Spitzenmedizin) möglich sein, sollte zumindest für den stationären Bereich der gewählte Tarif auch Leistungen oberhalb der Höchstsätze der Gebührenordnung vorsehen. Sofern gezielt Behandlungen im Ausland in Anspruch genommen werden sollen, ist ein Tarif erforderlich, der auch außerhalb der deutschen Gebührenordnung erstattet.

3.3 Transporte

a) ambulanter Bereich

Gehunfähigkeit und chronische Erkrankungen

Der Arztbesuch kann bei Einschränkungen der Gehfähigkeit vielfach nur unter Nutzung geeigneter Transportmittel erfolgen. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen oder bei Chemotherapien ist die Nutzung von Krankentransporten oft unerlässlich. Insofern sind die Tarifregelungen extrem wichtig. Zu prüfen ist deshalb, welche Regelungen zur Kostenübernahme in Bezug auf das Transportmittel im Tarif enthalten sind. Des Weiteren ist von Bedeutung, ob Transporte nur zum nächstgelegenen oder zu einem geeigneten Arzt erstattet werden und, ob es Kilometerbeschränkungen gibt.

b) stationärer Bereich

Transportmittel und Entfernung

Insbesondere nach Unfällen oder bei akut eintretenden Erkrankungen kann der schnelle Transport in ein geeignetes Krankenhaus lebenswichtig werden. Insofern sind die Tarifregelungen genauestens zu prüfen. Der Ausschluss bestimmter Transportmittel wie Rettungshubschrauber oder der Transport nur in das nächstgelegene Krankenhaus können lebensbedrohliche Folgen haben.



Empfehlung: Bei chronischen Erkrankungen und Chemotherapien sollten auch für den ambulanten Bereich Transporte erstattet werden. Im stationären Bereich sollten keine Beschränkungen hinsichtlich des Transportmittels und in Richtung Transport ins nächstgelegene Krankenhaus vereinbart sein.

Sofern Rücktransporte aus dem Ausland nicht mitversichert sind, ist zwingend eine kostengünstige Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen.

3.4 Vorsorgeuntersuchungen

gesetzlich eingeführte Programme

Vorsorgeuntersuchungen gehören zu den wichtigen Möglichkeiten, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und erfolgreich zu behandeln. In der gesetz-

lichen Krankenversicherung gibt es ebenfalls Programme zur Vorsorge, die aber oft erst ab einem bestimmten Eintrittsalter bestehen (z.B. Krebsvorsorge für Männer ab dem 45. Lebensjahr). Eingeschränkt wird oft auch die Häufigkeit der Inanspruchnahme (z.B. Hautkrebs-Screening alle 2 Jahre). Für einige wichtige Bereiche können aber oft nur privat finanzierte Untersuchungen in Anspruch genommen werden (z.B. Früherkennung Glaukom).

Empfehlung: Es sollte bei Abschluss einer privaten Krankenversicherung ein Tarif gewählt werden, der Leistungen über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus vorsieht. Partiiell sind auch stationäre Vorsorgeuntersuchungen notwendig.



3.5 Hilfsmittel

Der Hilfsmittelbereich wird bei der Wahl einer privaten Krankenversicherung oft unterschätzt bzw. Wert auf die Leistung für kleine Hilfsmittel (Brille) gelegt. Sieht ein Tarif aber keine Leistungen für so genannte lebenserhaltende Hilfsmittel vor (z.B. Insulinpumpen, Beatmungsgeräte, Stoma-Versorgungartikel, künstliche Ernährung), kann dies zu hohen Eigenbelastungen führen, die ggfs. auch Existenz gefährdend sein können.

Hilfsmittelkatalog

Neben dem völligen Fehlen von Erstattungen für bestimmte Hilfsmittel gibt es weitere Einschränkungen, wie z.B.

- Limitierung auf Häufigkeit der Erstattung, wie z.B. nur alle 2 Jahre
- Prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)
- Preisliche Limitierungen (z.B. Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)
- Limitierung auf Art der Ausführung, wie z.B. einfache Ausführung

Manche Tarife sehen vor, dass Hilfsmittel nur erstattet werden, wenn die Hilfsmittel gemietet oder über den Versicherer beschafft werden. Dies führt i.d.R. nicht zu Einschränkungen, sondern dient der Beitragsstabilität.

Empfehlung: Die Tarifformulierungen sollten möglichst weit gefasst sein. Die beste Regelung bietet ein offener Hilfsmittelkatalog.



3.6 Heilmittel

Hierzu gehören ärztlich verordnete Maßnahmen, die durch Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden erbracht werden. Insbesondere Logopäden können bei Berufen, bei denen die Stimme eine große Bedeutung hat (Psychotherapeuten, Lehrer etc.) extrem wichtig sein. Die Kosten können z.B. nach Schlaganfällen oder Unfällen schnell mehrere Tausend Euro erreichen.

Erstattung Physio-/Ergotherapie/Logopäde



Empfehlung: Der gewählte Tarif sollte auch Leistungen der genannten staatlich anerkannten Angehörigen von Heil- und Hilfsberufen umfassen.

3.7 Psychotherapie

a) ambulante Psychotherapie

Sitzungszahlbegrenzung

In der Beratungspraxis wird oft die Bedeutung der ambulanten Psychotherapie als Bestandteil der privaten Krankenversicherung verneint. Dabei wird übersehen, dass traumatische Erlebnisse z.B. im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall, einer Naturkatastrophe, einer schweren Erkrankung oder einem Schicksalsschlag in der Familie zu psychischen Störungen führen können. Eine wirksame ambulante Therapie benötigt eine ausreichende Zahl von Sitzungen. Pro Sitzung können Kosten zwischen rund 80 und 180 EUR anfallen. Behandlungen werden nicht nur durch Ärzte durchgeführt. Viele Behandlungen übernehmen heute Psychologische Psychotherapeuten.

b) stationäre Psychotherapie

Aufenthaltsdauer

Bei schweren und schwersten psychischen Störungen können auch langwierige stationäre Aufenthalte zwingend erforderlich sein, um entsprechende Behandlungserfolge zu erzielen. Begrenzungen der Aufenthaltsdauer bei derartigen Störungen können ein hohes Kostenrisiko nach sich ziehen und den Heilungserfolg ggfs. gefährden.



Empfehlung: Leistungen für die ambulante Psychotherapie sollten nicht nur von Ärzten, sondern auch bei Inanspruchnahme Psychologischer Psychotherapeuten erstattet werden. Die Zahl der erstatteten Sitzungen sollte nicht zu gering bemessen sein, da ansonsten hohe Eigenkosten entstehen können. Prozentuale gestaffelte Eigenbeteiligungen können im Interesse der Beitragsoptimierung sinnvoll sein.

Im stationären Bereich sollten keine Beschränkungen in Bezug auf die Dauer von Psychotherapien vereinbart sein.

3.8 Heilpraktikerleistungen

Die Notwendigkeit der Erstattung von Heilpraktikerleistungen wird unterschiedlich bewertet. In der Regel ist dies eine individuelle Entscheidung. Der Umfang der Erstattung ist oft auf Maximalbeträge pro Jahr limitiert. Auch das Behandlungsspektrum ist begrenzt.



Empfehlung: Heilpraktikerleistungen gehören nicht zu den zwingenden Leistungen einer privaten Krankenversicherung. Sind keine Heilpraktiker-

leistungen versichert, muss es hinsichtlich der Behandlung keine Einschränkungen geben, wenn die ärztlichen Leistungen solide versichert sind.

3.9 Kurbehandlung – Anschlussheilbehandlung

Kuren stellen nach der Definition privater Krankenkassen i.d.R. keine medizinisch notwendige Heilbehandlung dar. Oft geht es v.a. um Prävention und Verhinderung von Berufsunfähigkeit. In den gesetzlichen Sicherungssystemen werden deshalb die Kosten auch von der gesetzlichen Rentenversicherung getragen.

Unter Anschlussheilbehandlung versteht man dagegen die sich, bei bestimmten Krankheitsbildern an die Akutbehandlung im Krankenhaus anschließenden weiteren Behandlungsmaßnahmen, die erforderlich sind, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Derartige Anschlussheilbehandlungen werden oft in darauf spezialisierten Häusern oder in so genannten gemischten Anstalten durchgeführt.

Die Erstattung im Rahmen der privaten Krankenversicherung kann problematisch sein, da derartige Behandlungen auch Elemente einer Kur enthalten können bzw. die Abgrenzung partiell schwierig ist. Vielfach werden Anschlussheilbehandlungen unter folgenden Voraussetzungen erstattet:

- Die Behandlung beginnt innerhalb eines definierten Zeitraumes nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus (oft innerhalb von 2 Monaten).
- Die medizinische Notwendigkeit wird i.d.R. bejaht bei schweren Erkrankungen oder Operationen, wie z.B. Herzoperationen, Schlaganfall, Krebserkrankungen oder Operationen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparates (Bandscheibenerkrankungen, Endoprothesen) etc.

Empfehlung: Bei der Wahl des Tarifes sollten zumindest die Kosten von Anschlussheilbehandlungen mitversichert sein. Auch die Kosten der medizinisch notwendigen Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel einer Kurbehandlung sind insbesondere für Selbstständige und Freiberufler bedeutsam, da über andere Risikoträger wie die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Unfallversicherung vielfach kein Versicherungsschutz besteht.



3.10 Besonderheiten – stationäre Behandlungen

a) Unterbringung

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Für den Genesungsprozess und den Heilungsverlauf kann die Unterbringung im Einbett- oder Zweibettzimmer unter Umständen positiv sein.

Kurleistungen

Anschlussheilbehandlung

Ein-/Zweibettzimmer

Bei Mitversicherung dieser Wahlleistungen und Verzicht auf die Unterbringung und ggfs. die privatärztliche Behandlung wird meist ein Krankenhaustagegeld für die Dauer des stationären Aufenthaltes gezahlt.



Empfehlung: Bei der Tarifwahl sollte entschieden werden, ob die Unterbringung im Ein- oder Zweibett-Zimmer (i.d.R. in Verbindung mit der privatärztlichen Behandlung) ein persönlich wichtiges Kriterium ist. Eine spätere Nachversicherung kann ggfs. nicht möglich sein.

b) Gemischte Anstalten

Kostenerstattung in gemischten Anstalten

Gemischte Anstalten sind Krankenhäuser, die neben der Akutbehandlung auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen. Ihre Zahl wächst wegen des Bemühens um bessere Auslastung der Kapazitäten ständig an. Die Musterbedingungen sehen einen Leistungsanspruch für die Versicherten nur nach vorheriger Zusage des Versicherers vor. Bei einem Unfall oder einer akuten lebensbedrohlichen Erkrankung kann unter Umständen der Versicherte im Gegensatz zu planbaren stationären Aufenthalten eine vorherige Zustimmung nicht mehr einholen. Hier besteht ein hohes Kostenrisiko für den Versicherten.



Empfehlung: Der gewählte Tarif sollte mindestens für Notfalleinweisungen eine Übernahme der Kosten ohne vorherige Zusage enthalten.

3.11 Besonderheiten – Zahnbehandlung und Zahnersatz

a) Zahnstaffeln

Begrenzung der Zahnleistungen

Die private Krankenversicherung bietet im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Bereich meist eine deutlich bessere Versorgung.

Da in der Tarifikalkulation nur unvorhersehbare Behandlungen Berücksichtigung finden können und bei Neuabschluss einer Krankenversicherung oft schon zukünftiger Behandlungsbedarf im Zahnbereich erkennbar ist oder sogar schon besteht, sichern sich die Versicherer in Form von Zahnstaffeln zeitlich befristet oder unbefristet vor überhöhten Aufwendungen.



Empfehlung: In einem gewählten Krankenversicherungstarif sollten die Beschränkungen der Zahnstaffel für unfallbedingte Aufwendungen entfallen.

b) Leistungen für hochwertigen Zahnersatz

Implantate

In der privaten Krankenversicherung sind Zahnbehandlung und Zahnersatzleistungen unterschiedlich geregelt. Auch in diesem Bereich kann der Ver-

sicherte bei entsprechender Tarifgestaltung auf vielfältige Behandlungsmethoden und Zahnersatzformen zurückgreifen, die die Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich überschreiten. Es gibt aber durchaus auch Tarife, die deutliche Beschränkungen hinsichtlich der Ausführung, des Materials und der Anzahl von Implantaten vorsehen. Über eine prozentuale Selbstbeteiligung, die zwischen 50 und 20 Prozent liegen kann, kann der Beitrag beeinflusst werden.

Empfehlung: Einschränkungen in Bezug auf Ausführung, Material und Anzahl von erstattungsfähigen Implantaten je Kiefer sollten vermieden werden, wenn eine hochwertige Versorgung ohne hohe Eigenaufwendungen gewünscht wird.



3.12 Versicherungsschutz im Ausland

Diese Thematik kann in folgenden Fällen wichtig sein:

- a) Behandlungen bei Erkrankung bei einer privaten Auslandsreise
- b) Behandlungen während eines beruflichen Auslandsaufenthalts
- c) Übernahme von Behandlungskosten nach einer Wohnsitzverlegung ins Ausland

Für Urlaubsreisen wird in der Regel der Abschluss einer Auslandsreise-Krankenversicherung empfohlen. Über diese sind Rücktransporte abzudecken. Außerdem können Behandlungskosten und Medikamente darüber abgerechnet werden. Ggfs. kann dadurch der Anspruch für eine Beitragsrückerstattung gesichert werden, wenn ansonsten keine Rechnungen eingereicht wurden.

Reiseversicherungen

Für die Krankenversicherung während beruflich bedingter Auslandsaufenthalte existieren teilweise spezielle Tarife und der entsendende Arbeitgeber trägt ggfs. auf Grund gesetzlicher Regelungen Verantwortung für eine entsprechende Absicherung.

beruflich im Ausland

Bei einem Wegzug ins Ausland existieren sehr unterschiedliche Regelungen im Markt. Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU oder des EWR wird oft weiterhin Versicherungsschutz gewährt. Ggfs. werden die übernommenen Kosten auf die in Deutschland in vergleichbarer Situation anfallenden Kosten beschränkt. Für eine Wohnsitzverlegung darüber hinaus sind oft spezielle Regelungen und Vereinbarungen möglich.

Wohnsitzverlegung

Empfehlung: Das Thema Behandlungen im Ausland ist im Rahmen der Beratung anzusprechen. Sie sollten beachten, dass heute Veränderungen in den persönlichen Lebensumständen möglich sind, die zu Behandlungskosten im Ausland führen können. Der gewählte Tarif sollte flexible Lösungen für derartige Veränderungen beinhalten.



3.13 Weitere Kriterien im Entscheidungsprozess

3.13.1 Wechseloptionen

Tarifwechsel zur Leistungsoptimierung

Sofern beispielsweise aus Gründen der Beitragsminimierung bei erstmaligem Abschluss einer privaten Krankenversicherung ein Tarif mit niedrigerem Leistungsspektrum gewählt werden muss, sollte eine Wechseloption in leistungsfähigere Tarife mitversichert werden.

3.13.2 Eintritt der Versicherungspflicht in der GKV

Umwandlungsrecht in Zusatzversicherung

Bei Wechsel des beruflichen Status (z.B. Wechsel aus der Selbstständigkeit in ein Anstellungsverhältnis) kann ggfs. wieder Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung eintreten. Die private Krankenversicherung endet dann. Es sollte dann ein garantiertes Umwandlungsrecht ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in Zusatzversicherungen für gleichwertige Versorgungen geben. Damit können die geringeren Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeglichen werden.


3.13.3 Kindernachversicherung

angeborene Erkrankungen bei Kindern

Sofern die Familienplanungen noch nicht abgeschlossen sind und ggfs. neugeborene Kinder später auch privat versichert werden müssen oder sollen, sind die Regelungen für die Kindernachversicherung besonders wichtig. Auch wenn sich niemand wünscht, dass Kinder mit Anomalien und Krankheiten geboren werden, ist dies trotz des medizinischen Fortschritts nicht immer auszuschließen. Für die Nachversicherung sollte deshalb gelten, dass auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten und Anomalien geleistet wird.

4. Spezielle Fragen und Themen der PKV

4.1 Der Basistarif

Der  **Basis-Tarif** muss seit dem 01.01.2009 von allen privaten Versicherungsunternehmen in Deutschland angeboten werden, die substitutive Krankenversicherung anbieten. Der Versicherungsschutz entspricht in Art, Umfang und Höhe der gesetzlichen Krankenversicherung. Es besteht Kontrahierungszwang. Es gibt keine Risikozuschläge und Ausschlüsse. Trotzdem wird eine Risikoprüfung v.a. im Hinblick auf einen eventuellen späteren Wechsel in einen Normaltarif durchgeführt.

Im Unterschied zur GKV gibt es im Basistarif keine Familienversicherung. Für jeden Versicherten wird ein eigener Beitrag erhoben. Der Beitrag ist auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV begrenzt.

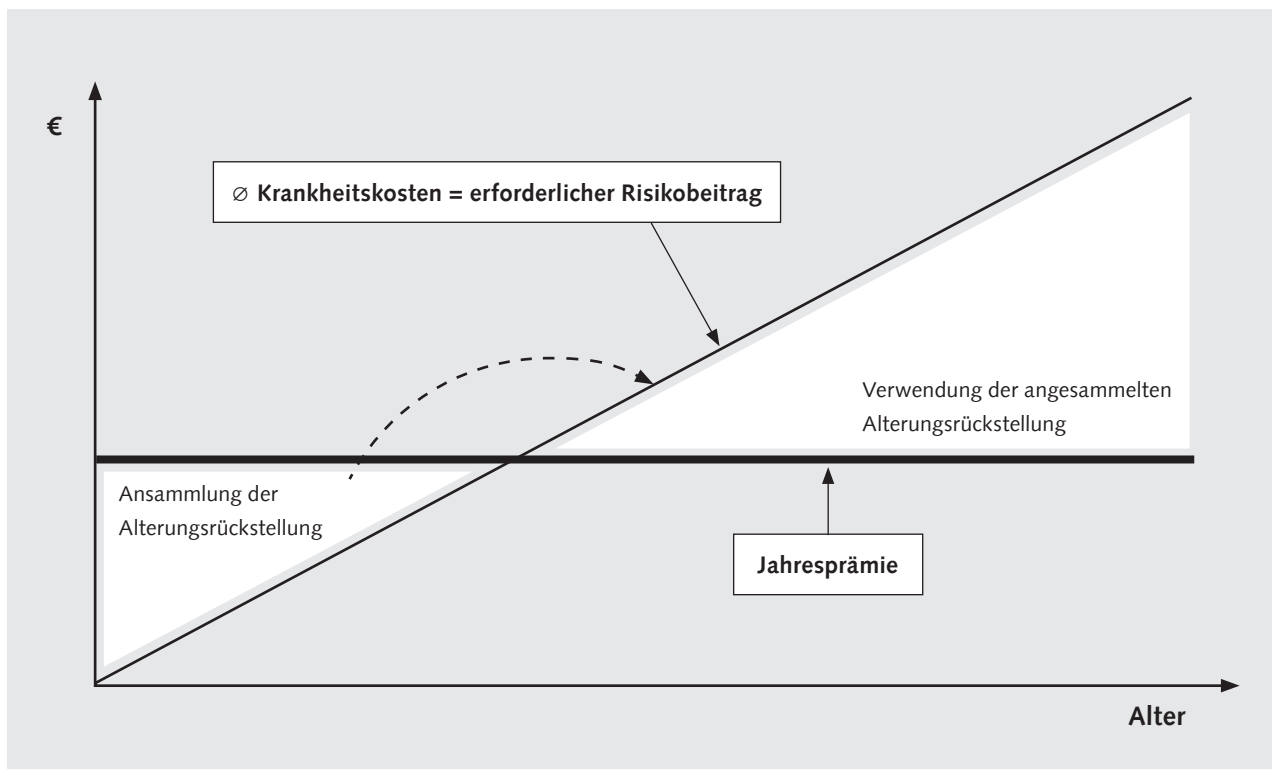
Umfangreiche Informationen zum Leistungsspektrum bietet eine spezielle Broschüre des PKV-Verbandes (siehe Linksammlung).

Der Basistarif wird oft auch als Lösung für Versicherte – insbesondere ältere Versicherte – genannt, wenn die Beitragslast in der Vollversicherung nicht mehr getragen werden kann. Zumindest unter Leistungsgesichtspunkten wird dann jedoch auf die Vorteile der privaten Krankenversicherung verzichtet. Insofern sollte ausgelotet werden, ob es sinnvollere Möglichkeiten zur Beitragsminimierung gibt.

Der Basistarif ist nicht mit dem Standardtarif für ältere Versicherte gleich zu setzen. Für ab dem 01.01.2009 Versicherte besteht keine Zugangsmöglichkeit mehr.

4.2. Mitnahme von Alterungsrückstellungen

In der privaten Krankenversicherung sind die meisten Tarife mit so genannten Alterungsrückstellungen kalkuliert, die der Finanzierung der höheren Aufwendungen im Alter dienen. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht das Grundprinzip.



Quelle: Handbuch der R+V Krankenversicherung AG, Seite 15

Seit vielen Jahren wird darüber diskutiert, inwiefern Versicherte beim Wechsel des Krankenversicherers einen Anspruch auf die Mitnahme dieser Rückstellung haben sollten. Da dies erhebliche Eingriffe in die Tarifikalkulation hat, war dies früher überhaupt nicht möglich. Erst für Neuabschlüsse ab dem 01.01.2009 kann die Alterungsrückstellung – jedoch nur anteilig – mitgenommen werden. Dabei wird der so genannte Übertragungswert, der in der Kalkulation berücksichtigt ist, ermittelt. Dieser entspricht der kalkulierten Alterungsrückstellung im Basistarif inklusive des gesetzlichen Zuschlages, aber maximal der tatsächlich angesparten Alterungsrückstellung.

Anders ausgedrückt, werden Alterungsrückstellungen mitgegeben, die sich ergeben hätten, wenn der Versicherte beim bisherigen Unternehmen von Anfang an im Basistarif versichert gewesen wäre. In der Regel ist der Übertragungswert wesentlich geringer als die tatsächlich angesparte Alterungsrückstellung.

Eine echte oder volle Mitnahme von Alterungsrückstellungen existiert also auch heute nicht.

Für Versicherte, die bereits vor dem 01.01.2009 bei einem Versicherer versichert waren und jetzt zu einem anderen wechseln wollen, besteht keine Möglichkeit der Mitnahme. Hier gab es nur einen eng begrenzten Wechselzeitraum, in dem die o.g. Möglichkeit bestand.

4.3 Bonitätsprüfungen bei Antragstellern

Mit der Einführung der Versicherungspflicht in Deutschland ergaben sich für die PKV-Unternehmen einschneidende Veränderungen in Bezug auf die Kündigungsmöglichkeiten bei Nichtzahlung von Prämien durch Vollversicherte.

Seit diesem Zeitpunkt darf bei Nichtzahlung der Beiträge nicht mehr gekündigt werden. Gleichzeitig sind in bestimmten Fällen trotzdem Leistungen zu erbringen.

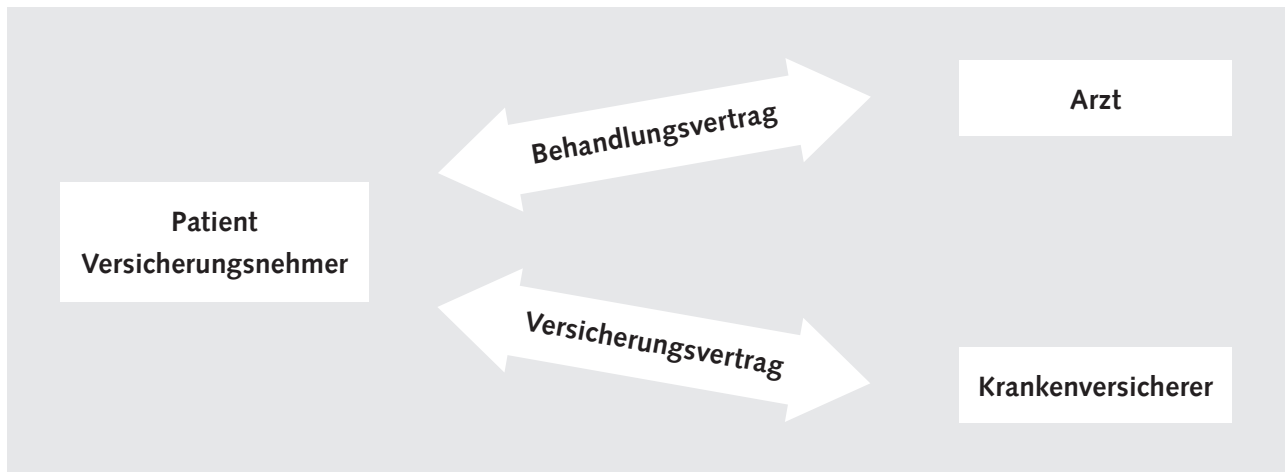
Um die Versichertenkollektive zu schützen, wurden deshalb die Annahmerichtlinien überarbeitet und Maßnahmen der Bonitätsprüfung eingeführt. Dabei wird u.a. mit der SCHUFA und Wirtschaftsauskunfteien zusammengearbeitet.

4.4 Abwicklung von Leistungsfällen

Wer aus der gesetzlichen Krankenversicherung in die PKV wechselt muss sich hinsichtlich der Vergütung der ärztlichen Tätigkeit oder der Behandlung durch Vertreter der Heilwesenberufe auf veränderte Abläufe einstellen.

Hintergrund ist, dass zwischen dem Arzt, Physio- und Ergotherapeuten etc. und dem privaten Krankenversicherer kein Vertragsverhältnis besteht.

Die Vertragskonstellation gestaltet sich wie folgt:



Daraus resultiert, dass der Patient die Rechnung für die erbrachten Leistungen erhält. Dieser rechnet diese auf der Grundlage des bestehenden Versicherungsvertrages mit seinem Krankenversicherer ab.

Der Versicherer prüft den Leistungsanspruch auf der Grundlage des versicherten Tarifes. Dabei werden vereinbarte oder immanente Selbstbehalte abgezogen. Der Erstattungsbetrag wird auf das Konto des Versicherten überwiesen.

Da bei der Erstattung der Arztrechnung insbesondere hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit eine Behandlungsmaßnahme unterschiedliche Auffassungen auftreten können, besteht bei vielen Versicherern heute die Möglichkeit, die Rechnungen vorab prüfen zu lassen. Bei der Feststellung von Fehlern in der Abrechnung oder bei Unstimmigkeiten, kann dann mit dem Arzt/Behandler eine Klärung erfolgen.

Glossar

Alterungsrückstellungen

Besondere Rückstellung für das mit dem Alter steigende Kostenrisiko in der privaten Krankenversicherung. Diese ist notwendig, da eine Verminderung der Leistungen oder eine Erhöhung der Beiträge wegen des Älterwerdens in den Allgemeinen Bedingungen ausgeschlossen ist. Diese dient jedoch nicht der Deckung der wachsenden Kosten wegen des medizinischen Fortschritts.

Gesetzlicher Zuschlag

Wird seit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 auf die Tarifbeiträge der Krankheitskostenversicherung in Höhe von 10 % erhoben und dient der zusätzlichen beitragsentlastenden Vorsorge für das Alter. Gezahlt werden muss dieser von allen Versicherten zwischen dem 21. und dem 60. Lebensjahr. Es sollen Beitragserhöhungen ab dem 65. Lebensjahr vermieden werden. Ab dem 80. Lebensjahr können Beitragssenkungen daraus finanziert werden.

Hausarzttarif/Hausarztprinzip

Bei diesem Modell muss der Versicherte einen Arzt aus einer definierten Gruppe namentlich benennen. Nur dieser kann ihn an einen Facharzt überweisen. Vor dem Wechsel des namentlich genannten Hausarztes muss der Versicherer schriftlich darüber informiert werden. Wer beruflich oder privat in Deutschland unterwegs ist und dort einen Arzt aufsucht, kann anschließend mit einer Rechnungskürzung konfrontiert werden.

Primärarzttarif/Primärarztprinzip

Bei diesem Modell verpflichtet sich der Versicherte, immer zuerst einen Arzt für Allgemeinmedizin, einen praktischen Arzt oder einen Frauenarzt aufzusuchen. Nur wenn dieser Arzt an einen Facharzt überweist, wird der Facharzt ebenfalls zu 100 % erstattet. Der Nachweis der Überweisung erfolgt entweder durch eine Überweisung auf einem Privatrezept, oder durch die Erstbehandlungsrechnung, die zusammen mit der Rechnung für die Folgebehandlung des Facharztes einzureichen ist.

substitutive Krankenversicherung

Abgeleitet aus § 12 des Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) handelt es sich um eine solche private Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzt.

Versicherungspflichtgrenze

Stellt die Einkommensgrenze dar, nach deren Überschreiten der Eintritt in die PKV prinzipiell möglich ist.

Beitragsbemessungsgrenze

Ist das Arbeitseinkommen, bis zu dem Versicherte Beiträge in der gesetzlichen Sozialversicherungen zahlen müssen.

Nützliche Links zum Thema Krankenversicherung

www.pkv.de – Webseite des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

www.bmg.bund.de – Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit

www.gkv-spitzenverband.de – Webseite des Spitzenverbandes der GKV

www.pkv-ombudsmann.de – PKV Ombudsmann

Quellen

Handbuch der R+V Krankenversicherung AG.

Substanz entscheidet – Qualität setzt sich durch. Hrsg.: DRMM Maklermanagement AG. Hamburg. 2008.

Ihr persönliches Qualitäts-Navi: Kompetent, zuverlässig, mit individueller Empfehlung Ihres Vermittlers. LEISTUNGS-CHECK PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG. Hrsg. Hallesche Krankenversicherung a.G. Stuttgart 2011. 15 Seiten

Prof. Dr. Reimer Schmidt: Versicherungsalphabet. Verlag Versicherungswirtschaft. Karlsruhe.

SIGNAL IDUNA: Handbuch für die Krankenversicherung 2011. Hamburg. 132 Seiten

Webseite: <http://www.pkv-financial.de>

Anlagen

Datentabelle zur Grafik Seite 7.

Jahr	BBG in EUR	Beitragssatz	Höchstbeitrag
1970	613,55 €	8,2	50,31 €
1975	1.073,70 €	10,47	112,42 €
1980	1.610,57 €	11,38	183,28 €
1985	2.070,73 €	11,8	244,35 €
1990	2.415,85 €	12,53	302,71 €
1995	2.991,06 €	13,2	394,82 €
2000	3.297,83 €	13,5	445,21 €
2001	3.336,18 €	13,5	450,38 €
2002	3.375,00 €	13,5	455,63 €
2005	3.525,00 €	14,3	504,08 €
2008	3.600,00 €	13,9 + 0,9	532,80 €
2009 (1. Halbjahr)	3.675,00 €	14,6 + 0,9	569,63 €
2009 (2. Halbjahr)	3.675,00 €	14,0 + 0,9	547,58 €
2010	3.750,00 €	14,0 + 0,9	558,75 €
2011	3.712,50 €	14,6 + 0,9	575,43 €
2012	4.237,50 €	14,6 + 0,9	592,88 €

Voranfragebogen für den Leistungsumfang KV

Private Krankenversicherung (Basierend auf den MB/KK 2009)

1. Bitte geben Sie Ihre Adressdaten ein.
2. Entscheiden Sie, welche Leistungskriterien für Sie wichtig sind. Die Erklärungen für „Allgemein gilt“ berücksichtigen die Regelungen des VVG.
3. Durch Beantworten der **blauen Fragen** (Ankreuzen / Auswählen) können Sie Ihren persönlichen Bedarf zusammenstellen.

Ihr Ansprechpartner

Vermittler

Ihre Adressdaten

Name

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Ambulante Leistungen

Standard: Privatpatienten haben freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten. Für Primärarzt oder Hausarzttarife gilt, dass zur Erstbehandlung nur bestimmte, aufgezählte Ärzte konsultiert werden dürfen. Grundsätzlich besteht in Kurorten für die ambulante ärztliche Behandlung Versicherungsschutz nur dann, wenn die versicherte Person dort ihren Wohnsitz hat oder die Erkrankung akut (Unfall) auftritt.

Wünschen Sie freie uneingeschränkte Arztwahl (auch im Kurort)?

Das ist mir wichtig

Standard: Grundsätzlich gibt es keine Regelung in den Musterbedingungen hinsichtlich der Honorarerstattung. Ärztliche Leistungen werden in Deutschland nach der deutschen Gebührenordnung (GOÄ für ärztliche bzw. GOZ für zahnärztliche Leistungen) berechnet. „Standardbehandlungen“ werden in der Regel bis zu den Höchstsätzen abgerechnet. Arztkosten für komplexe Behandlungen können allerdings weit über die Höchstsätze hinaus gehen.

Bis zu welcher Höhe sollen Arzt- und Zahnarztkosten erstattet werden?

- Das ist mir nicht wichtig
- Keine Bindung an GOÄ / GOZ
- Über den Höchstsätzen der GOÄ / GOZ
- Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ / GOZ

Standard: Zu den zahnärztlichen Leistungen gehören Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Zur Tarifstabilisierung gibt es oftmals prozentuale Begrenzungen bei der Leistungserstattung bzw. einen zeitlichen (meist einige Jahre) und in der Höhe begrenzten Leistungsumfang (Zahnstaffel).

Soll die Begrenzung der Leistungserstattung zumindest bei Unfall entfallen?

Das ist mir wichtig

Standard: Transporte können erforderlich werden aufgrund von Unfällen, bei Gehunfähigkeit oder bei häufig auftretenden Behandlungen (Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie). Bei Transporten ist zu beachten, mit welchem Transportmittel (z.B. Rettungswagen, Helikopter) und bis zu welcher Behandlungsmöglichkeit (nächstgelegene, geeignete Arzt, Kilometerbegrenzung) der Transport erfolgt.

Sollen Transporte ohne Einschränkungen versichert sein?

Das ist mir wichtig

Standard: Versicherungsschutz besteht für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Außerdem gibt es Vorsorgemaßnahmen wie Schutzimpfungen und Check up Untersuchungen. Die STIKO (Ständige Impfkommission) spricht jährlich Empfehlungen (abhängig von Alter, Geschlecht, Region, Beruf usw.) für Schutzimpfungen aus.

Welche Vorsorgeuntersuchungen sollen versichert sein?

- Das ist mir nicht wichtig
- Medizinisch notwendige
- Nach gesetzlichen Vorsorgeprogrammen, ohne Altersgrenze
- Nach gesetzlichen Vorsorgeprogrammen

Welche Schutzimpfungen sollen versichert sein?

- Das ist mir nicht wichtig
- Alle
- Schutzimpfungen nach STIKO, auch Reiseschutzimpfungen und beruflich notwendige
- Schutzimpfungen nach STIKO

STATIONÄRE LEISTUNGEN

Standard: Im Krankenhaus ist die medizinische Versorgung durch diensthabende Ärzte versichert. Freie Arztwahl (z.B. Chefarztbehandlung) muss ausdrücklich im Tarif genannt sein.

Wünschen Sie freie Arztwahl im Krankenhaus?

- Das ist mir wichtig

Standard: Grundsätzlich gibt es keine Regelung in den Musterbedingungen hinsichtlich der Honorarerstattung. Ärztliche Leistungen werden in Deutschland nach der deutschen Gebührenordnung (GOÄ) berechnet. „Standardbehandlungen“ werden in der Regel bis zu den Höchstsätzen abgerechnet. Arztkosten für komplexe Behandlungen können allerdings weit über die Höchstsätze hinaus gehen.

Bis zu welcher Höhe sollen Arztkosten erstattet werden?

- Das ist mir nicht wichtig
 Keine Bindung an GOÄ
 Über den Höchstsätzen der GOÄ
 Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

Standard: Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung haben Privatpatienten freie Wahl unter öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Die Erstattung von Krankenhausabrechnungen wird in der Regel von Einschränkungen, z.B. der Bundespflegesatzverordnung abhängig gemacht.

Sollen auch Abrechnungen von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung unterliegen (z.B. Privatkliniken), uneingeschränkt erstattet werden?

- Das ist mir wichtig

Standard: Gemischte Anstalten sind Krankenhäuser, die sowohl medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen, als auch Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten (Genesende) aufnehmen. Die Kosten für die Behandlung in Gemischten Anstalten werden nur nach vorheriger Leistungszusage des Versicherers erstattet.

Sollen Aufenthalte in Gemischten Anstalten versichert sein?

- Das ist mir wichtig
 Generell
 Für medizinisch notwendige Operationen
 Bei Notfällen

Standard: Bei Transporten aufgrund von Krankheiten oder Unfallfolgen ist zu beachten, mit welchem Transportmittel (z.B. Rettungswagen, Helikopter) und bis zu welcher Behandlungsmöglichkeit (nächstgelegene, geeignete Krankenhaus, Kilometerbegrenzung) der Transport erfolgt.

Sollen Transporte ohne Einschränkungen versichert sein?

- Das ist mir wichtig

HILFSMITTEL

Standard: Hilfsmittel sollen den Erfolg einer Behandlung sichern oder die Folgen einer Behinderung lindern oder ausgleichen. Hilfsmittel sind z. B. Brillen, Hörgeräte, Geh- und Stützhilfen sowie Krankenfahrstühle, aber auch der Blindenhund. In den Tarifen werden die Hilfsmittel entweder aufgezählt (geschlossener Hilfsmittelkatalog) oder in einer offenen Formulierung (Hilfsmittel sind z.B.) genannt. Tarife mit einer offenen Formulierung beschränken sich nicht auf eine Aufzählung der versicherten Hilfsmittel. Somit sind auch durch medizinischen Fortschritt neu hinzu kommende Hilfsmittel versichert.

Welche Hilfsmittel sollen mindestens versichert sein?

- Lebenserhaltende Hilfsmittel
 Körperersatzstücke
 Krankenfahrstühle
 Hörgeräte
 Orthopädische Hilfsmittel
 Blindenhund

Sollen auch alle zukünftigen Hilfsmittel versichert sein?

- Das ist mir wichtig

Sollen Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung versichert sein?

- Das ist mir wichtig

HEILMITTEL- UND THERAPIELEISTUNGEN

Standard: Anschlussheilbehandlungen werden nach einem Krankenhausaufenthalt durchgeführt. Diese Leistungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Sollen Anschlussheilbehandlungen grundsätzlich versichert sein?

- Das ist mir wichtig

Standard: Privatpatienten haben freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten. Häufig werden äußerliche Anwendungen, wie z.B. Maßnahmen der Physiotherapie (Krankengymnastik, Massage, Kälte- bzw. Wärmebehandlung etc.), der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie von nichtärztlichen Behandlern ausgeführt.

Welche Anwendungen sollen versichert sein?

- Physiotherapie
 Logopädie
 Ergotherapie

Sollen Behandlungen durch Angehörige von allen Heil-/ Hilfsberufen (z.B. Ergotherapeuten, Logopäden) versichert sein?

- Das ist mir wichtig

Standard: Die Psychotherapie kann sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Sie ist bei medizinisch notwendiger Behandlung durch einen Arzt versichert.

Darf es für Sie Einschränkungen im Umfang der Psychotherapie geben?

Für ambulante Behandlungen (Sitzungen):

- Das ist mir nicht wichtig
 Unbegrenzt
 Ab der 31. Sitzung unbegrenzt
 31 bis 60 Sitzungen
 21 bis 30 Sitzungen
 1 bis 20 Sitzungen

Für stationäre Behandlungen (Behandlungstage):

- Das ist mir nicht wichtig
 Unbegrenzt
 31 bis 50 Behandlungstage
 21 bis 30 Behandlungstage
 1 bis 20 Behandlungstage

Sollen Behandlungen auch durch nichtärztliche Psychotherapeuten versichert sein?

- Das ist mir wichtig

Standard: Die Kurbehandlung bezeichnet Behandlungsmethoden, die vorbeugend oder im Anschluss einer Krankheit eingesetzt werden. Diese Leistungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Welche Leistungen sind Ihnen während einer Kur wichtig?

Bei ambulanten Kuren: Heilmittel, Arzneimittel und ärztliche Behandlungen

- Das ist mir wichtig

Bei stationären Kuren: Heilmittel, Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlungen

- Das ist mir wichtig

OPTIONEN: TARIFUMSTELLUNGEN UND KINDERNACHVERSICHERUNG

Standard: Eine Erhöhung des bestehenden Versicherungsschutzes ist grundsätzlich mit Risikoprüfung und Wartezeiten verbunden. Außerdem endet bei Beendigung der Vollversicherung (z.B. bei Versicherungspflicht in der GKV) das Versicherungsverhältnis. Es gibt kein grundsätzliches Anrecht, das Vertragsverhältnis im Rahmen einer Zusatzversicherung fortzuführen.

Soll eine vertraglich garantierte Möglichkeit bestehen, jährlich oder nach jeder Beitragsanpassung in eine niedrigere Selbstbehaltstufe ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten wechseln zu können?

- Das ist mir wichtig

Soll - unter Verzicht auf das Kündigungsrecht - bei Versicherungspflicht eine Garantie auf Umstellung in Zusatzversicherungen gegeben werden?

- Ja, für ambulante Leistungen
 Ja, für stationäre Leistungen
 Ja, für zahnärztliche Leistungen

Standard: Für Neugeborene besteht, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, Versicherungsschutz ab dem Tag der Geburt. Der Leistungsumfang entspricht maximal dem der Eltern.

Soll für Neugeborene auch eine, gegenüber den Eltern, geringere Selbstbehaltstufe möglich sein?

- Das ist mir wichtig

Auslandsaufenthalte

Standard: Der Versicherungsschutz erstreckt sich - sofern sich der gewöhnliche Aufenthalt (rechtlich nicht definiert) in einem Land innerhalb des EWR befindet - zeitlich unbegrenzt auf die Heilbehandlungen in Europa, außerhalb Europas bis zu einem Monat. Das Vertragsverhältnis wird beendet, wenn der gewöhnliche Aufenthalt in ein Land außerhalb des EWR verlegt wird. Ist aus medizinischen Gründen die Rückreise aus dem Ausland nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz außerhalb Europas um längstens zwei Monate.

Wünschen Sie für einen längeren Zeitraum (mehr als ein Monat) Versicherungsschutz außerhalb Europas?

- Das ist mir nicht wichtig
- Zeitlich unbegrenzt
- Mindestens 36 Monate
- Mindestens 12 Monate
- Mindestens 6 Monate
- Mindestens 3 Monate

Wünschen Sie darüber hinaus Versicherungsschutz bis Sie wieder transportfähig sind?

- Das ist mir wichtig

Soll Ihr Versicherungsschutz auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR bestehen bleiben?

- Das ist mir nicht wichtig
- Weltweit
- Europaweit
- Zusätzlich in der Schweiz

Standard: In Deutschland rechnen Ärzte bei der Behandlung von Privatpatienten nach der deutschen Gebührenordnung (GOÄ für ärztliche bzw. GOZ für zahnärztliche Leistungen) ab. Außerhalb Deutschlands gilt die Gebührenordnung nicht, Arzthonorare können ggf. weit über den Gebührensätzen liegen.

Bis zu welcher Höhe sollen ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungskosten erstattet werden?

- Das ist mir nicht wichtig
- Keine Bindung an GOÄ
- Über den Höchstsätzen der GOÄ
- Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

Standard: Die Erstattung von Krankenhausabrechnungen wird in der Regel von Einschränkungen, z.B. der Bundespflegesatzverordnung abhängig gemacht, die von ausländischen Kliniken nicht berücksichtigt werden.

Sollen Abrechnungen von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, uneingeschränkt erstattet werden?

Das ist mir wichtig

Standard: Es besteht kein Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht werden. Der Versicherungsschutz bei Terrorereignissen ist nicht geregelt.

Soll Versicherungsschutz für die Folgen von Kriegsereignissen außerhalb Deutschland gewährleistet sein?

Das ist mir wichtig

Soll Versicherungsschutz für die Folgen von Terrorereignissen weltweit gewährleistet sein?

Das ist mir wichtig

Voranfragebogen für den Leistungsumfang KT

Krankentagegeldversicherung (Basierend auf den MB/KT 2009)

1. Bitte geben Sie Ihre Adressdaten ein.
2. Entscheiden Sie, welche Leistungskriterien für Sie wichtig sind. Die Erklärungen für „Allgemein gilt“ berücksichtigen die Regelungen des VVG.
3. Durch Beantworten der **blauen Fragen** (Ankreuzen / Auswählen) können Sie Ihren persönlichen Bedarf zusammenstellen.

Ihr Ansprechpartner

Vermittler

Ihre Adressdaten

Name

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

VERSICHERBARE HÖHE

Standard: Nach MB/KT wird das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zur Berechnung herangezogen. Generell gilt für die Krankentagegeldversicherung Bereicherungsverbot, d.h. das Tagegeld darf in keinem Falle höher sein als das zu versichernde Einkommen.

Was soll als Berechnungsgrundlage für das maximale Krankentagegeld zugrunde gelegt werden?

- Das ist mir nicht wichtig
- 80 % des Bruttoeinkommens inkl. Sonderzahlungen
- 80 % des Bruttoeinkommens
- 75 % des Bruttoeinkommens
- Das Bruttoeinkommen inklusive Sonderzahlungen abzüglich Steuern
- Das Bruttoeinkommen abzüglich Steuern
- Das durchschnittliche Nettoeinkommen

LEISTUNGSANSPRUCH

Standard: Die MB/KT sehen bei Abschluss einer Krankentagegeldversicherung allgemeine und besondere Wartezeiten vor. In dieser Zeit besteht kein Leistungsanspruch. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt bei Unfällen. Die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Bei Wechsel aus der GKV oder einer anderen PKV und gleichzeitigem Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung wird nach MB/KT die Vorversicherungszeit bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes angerechnet.

Inwieweit wünschen Sie die Anrechnung der Vorversicherungszeiten aus GKV und PKV?

- Das ist mir nicht wichtig
- Vollständiger Verzicht auf Wartezeiten
- In Höhe des gesamten versicherten Krankentagegeldes
- In Höhe des bisherigen Tagegeldanspruches

Standard: Grundsätzlich besteht in der Krankentagegeldversicherung Leistungsanspruch bei völliger Arbeitsunfähigkeit. Sofern Leistungen auch bei Teilarbeitsunfähigkeit gewährt werden, muss vorher völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben.

Inwieweit wünschen Sie die Anrechnung der Vorversicherungszeiten aus GKV und PKV?

- Das ist mir nicht wichtig
- Keine Frist
- 2 Wochen
- 6 Wochen
- 8 Wochen
- 12 Wochen

Welche Leistungsdauer wünschen Sie bei Teilarbeitsunfähigkeit?

- Das ist mir nicht wichtig
- 26 Wochen
- 13 Wochen
- 8 Wochen
- 6 Wochen
- 4 Wochen

LEISTUNGSIHALTE

Standard: Gemischte Anstalten sind Krankenhäuser, die sowohl medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen, als auch Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten (Genesende) aufnehmen. Krankentagegeld während der Behandlung in Gemischten Anstalten wird nur nach vorheriger Leistungszusage des Versicherers gezahlt.

Soll Krankentagegeld während des Aufenthaltes in einer Gemischten Anstalt erbracht werden?

- Das ist mir nicht wichtig
- Generell
- Bei Notfällen

Standard: Nach MB/KT besteht keine Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

Soll Krankentagegeld während Kur-, Sanatoriumsbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen versichert sein?

- Das ist mir wichtig

Standard: Hält sich die versicherte Person in Deutschland, nicht aber an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf, besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn

- eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung stattfindet oder
- der Versicherte arbeitsunfähig wird und eine Rückreise an den gewöhnlichen Aufenthaltsort ist nach medizinischem Befund ausgeschlossen ist.

Wünschen Sie generell Versicherungsschutz (Die Wohnsitzklausel soll entfallen)?

- Das ist mir wichtig

Standard: Nach MB/KT besteht keine Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.

Soll Leistungspflicht bestehen, wenn Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen eintritt, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind?

- Das ist mir wichtig

Standard: Nach MB/KT besteht keine Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Arbeitnehmerinnen haben während der Mutterschutzfrist (i.d.R. 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt) Anspruch auf Lohnfortzahlung.

Wünschen Sie Versicherungsschutz bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung außerhalb der Mutterschutzfrist?

- Das ist mir wichtig

OPTIONEN

Standard: In den MB/KT gibt es keine Regelung bei Erhöhung des Nettoeinkommens oder bei beruflich bedingter Verkürzung der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall. Um das Krankentagegeld anzupassen, muss eine Höherversicherung beantragt werden. Der Versicherer ist berechtigt, für die Mehrleistungen eine erneute Risikoprüfung durchzuführen und Wartezeiten zu vereinbaren.

Sollen Wartezeiten und Risikoprüfung bei Anpassung des Tagessatzes wegen Erhöhung des Nettoeinkommens entfallen?

Das ist mir wichtig

Soll die Möglichkeit bestehen, die Karenzzeit entsprechend einer verkürzten Gehaltsfortzahlung ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten, auch bei Wechsel des beruflichen Status, anzupassen?

Das ist mir wichtig

Standard: Nach MB/KT endet die Krankentagegeldversicherung mit Eintritt der Arbeitslosigkeit. Das Versicherungsverhältnis wird dann für längstens drei Monate fortgeführt, wenn Arbeitsunfähigkeit und kein Leistungsanspruch an die Agentur für Arbeit bestehen.

Wünschen Sie für einen längeren Gesamtzeitraum (mehr als 3 Monate) Versicherungsschutz bei Arbeitslosigkeit?

Das ist mir nicht wichtig

12 Monate

9 Monate

6 Monate

EINTRITT DER BERUFSUNFÄHIGKEIT

Standard: Nach MB/KT endet die Krankentagegeldversicherung mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Das Versicherungsverhältnis wird dann für längstens drei Monate (Nachleistung) fortgeführt.

Wünschen Sie eine Nachleistung, ggf. eingeschränkt, für einen längeren Zeitraum (mehr als 3 Monate)?

- Das ist mir nicht wichtig
- Volle Leistung für 6 Monate
- Volle Leistung für 3 Monate, 50% für weitere 3 Monate
- Volle Leistung für 3 Monate, 50% für weitere 3 Monate bei maximal 25 Euro pro Tag

Soll die Entscheidung über den Eintritt der Berufsunfähigkeit und damit über das Vertragsende nicht beim Versicherer liegen?

- Das ist mir wichtig

AUSLANDSAUFENTHALTE

Standard: Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. In Europa besteht Versicherungsschutz für akut eingetretene Krankheiten und Unfallfolgen für die Dauer einer stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus. Dies gilt, solange sich der gewöhnliche Aufenthalt (rechtlich nicht definiert) in einem Land innerhalb des EWR befindet, zeitlich unbegrenzt.

Das Vertragsverhältnis wird beendet, wenn der gewöhnliche Aufenthalt in ein Land außerhalb des EWR verlegt wird.

Soll Ihr Versicherungsschutz auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR bestehen bleiben?

- Das ist mir nicht wichtig
- Europa und den außereuropäischen Teilen der Türkei und Russlands
- Europaweit
- Zusätzlich in der Schweiz

Wünschen Sie auch außerhalb Deutschlands vollständigen, tariflich garantierten Versicherungsschutz?

- Das ist mir nicht wichtig
- Europa
- EWR und Schweiz
- EWR
- Europäische Union

Standard: Nach MB/KT endet die Krankentagegeldversicherung mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Das Versicherungsverhältnis wird dann für längstens drei Monate (Nachleistung) fortgeführt.

Soll Versicherungsschutz für die Folgen von Kriegsereignissen außerhalb Deutschland gewährleistet sein?

- Das ist mir wichtig

Soll Versicherungsschutz für die Folgen von Terrorereignissen weltweit gewährleistet sein?

- Das ist mir wichtig



Wirtschaftsdienst GmbH des BDP

Am Köllnischen Park 2

10179 Berlin

Telefon 030 - 20 91 66 513 (ServiceLine)

Telefax 030 - 20 91 66 512

E-Mail mail@bdp-wirtschaftsdienst.de

www.bdp-wirtschaftsdienst.de