



**BUND DER
VERSICHERTEN**

Wir sind Verbraucherschutz.

Gut versichert ... gesetzlich oder privat



IMPRESSUM

Herausgeber: Bund der Versicherten e.V.
Tiedenkamp 2
24558 Henstedt-Ulzburg

Tel.: (04193) 94222 (Für Nichtmitglieder)
Tel.: (04193) 9904-0 (Für Mitglieder)
Fax: (04193) 94221
E-Mail: info@bunddersicherten.de
Internet: www.bunddersicherten.de

Verantwortlich i. S. d. P.: Lilo Blunck
Layout: hokahe GmbH, Hamburg
Text: Jens Trittmacher
Foto: Michael-Uwe Dreyling
Druck: v. Stern'sche Druckerei,
Zeppelinstraße 24, 21337 Lüneburg

Erscheinungsdatum und Auflage:
Mai 2010/4.000 Stück

Alle Angaben für diese Broschüre wurden sorgfältig recherchiert. Dennoch kann keine Garantie für ihre Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden. Alle Rechte dieses Werkes sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung oder Verbreitung – auch auszugsweise – darf nicht ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers erfolgen.

Liebe Leser,

wer nicht krankenversichert ist, lebt gefährlich. Denn die Versicherung gegen Krankheit ist im wahrsten Sinn des Wortes lebensnotwendig.

Viele Länder beneiden uns um unser Gesundheitssystem. In der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenkasse sind mehr als 70 Millionen Menschen versichert.

Wenige können sich grundsätzlich nur privat versichern. Andere entscheiden sich leider schon viel zu früh und obendrein falsch.

Der Bund der Versicherten will Sie mit diesem Ratgeber vor falschen Entscheidungen bewahren.

Bleiben Sie gesund!

Ihr BdV-Team

Der BdV macht keine Hausbesuche

Inhaltsverzeichnis

1. Private Krankenversicherung – Lohnt sich das überhaupt?	6
2. Private Krankenversicherung – Ein Weg ohne Wiederkehr? Jahresarbeitsentgeltgrenze und Beitragsbemessungsgrenze Rückkehr in die GKV – Ja, aber ... PKV-Alternativlösung: Tarifwechselrecht innerhalb des PKV-Unternehmens	6
3. PKV-Standardtarif	10
4. PKV-Basistarif Zugang zum Basistarif für GKV-Versicherte	11
5. Alterungsrückstellungen – Gut gemeint, aber ...	14
6. Übertragbarkeit (Portabilität) der Alterungsrückstellungen ab 2009 – Ja, aber ... Zusatztarif beim bisherigen und Basistarif beim neuen PKV- Unternehmen: Sinnvoll für seit 2009 neu in der PKV Versicherte?	15
7. Pflicht zur Krankenversicherung für alle – auch für bisher Nichtversicherte	18
8. Ein „amtliches Merkblatt“: GKV versus PKV	19
9. Wie sich Singles krankenversichern können	21
10. Wie sich Familien krankenversichern können Beitragsfreie Familienversicherung in der GKV – Wann möglich? Wo sind Kinder zu versichern – GKV oder PKV?	22
11. Bei Krankheit kassiert PKV weiter, GKV stellt beitragsfrei	25
12. Arbeitslos – und was passiert mit der Krankenversicherung?	26
13. Wenn Wechsel in die GKV scheitert – wie erfolgt die sichere Rückkehr in die PKV?	26

14. Im Alter privat oder gesetzlich krankenversichern?	27
15. Was verlangen GKV und PKV?	29
16. Was bietet die Private Krankenversicherung?	29
17. Was bietet die Gesetzliche Krankenkasse?	30
18. Gegenüberstellung von Leistungen der GKV und PKV	32
19. Gemischte Krankenanstalten: Anschlussheilbehandlung – vorherige Zustimmung erforderlich?	37
20. Ersatz für Verdienstaussfall: Krankentagegeld (PKV) und Krankengeld (GKV)	38
21. Krankenversicherungsschutz im Ausland? Auslandsreise-Krankenversicherung	40
22. Problemfälle	43
23. Worauf müssen Beamte achten? Beamtenanwärter Angestellte im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch	45
24. „Jungärzte“ (Ärzte und Zahnärzte)	48
25. Tipps und Bemerkungen	48
26. Beim BdV gibt's guten Rat	50
Weitere Informationen	52
Stichwortverzeichnis	55
BdV – Wer ist das?	59

1. Private Krankenversicherung – Lohnt sich das überhaupt?

Gern preisen die Vertreter privater Krankenversicherungen (PKV) ihr Angebot in höchsten Tönen. Dabei verschweigen sie meistens, dass damit auch massive Nachteile verbunden sein können. Vorteile für Privatversicherte gibt es oft nur in den ersten Jahren.

Werden die Versicherten älter, steigen nämlich die Beiträge oft in unerträglicher Weise. Kann der PKV-Versicherte sie nicht mehr aufbringen und wechselt in einen anderen Tarif desselben Krankenversicherers, sinken meistens zugleich die Leistungen. Das trifft vor allem zu, wenn Privatversicherte in den Standardtarif oder in den Basistarif wechseln. Der Standardtarif steht nur noch denjenigen offen, die schon vor 2009 in der PKV versichert waren.

Naturgemäß haben Versicherungsvermittler und -makler hohes Interesse an möglichst vielen Abschlüssen. Immerhin können sie für jeden Vertrag oft mehrere Tausend Euro Provision kassieren.

2. Private Krankenversicherung – Ein Weg ohne Wiederkehr?

Für wen kommt die „Private“ eigentlich in Frage? Das sind: Arbeitnehmer mit einem Brutto-Jahreseinkommen von mehr als 49.950 Euro (2010) in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren, Selbstständige und Beamte. Viele, die vor Jahren in die PKV gewechselt sind, bereuen das heute bitter, weil für sie die Beiträge die finanzielle Schmerzgrenze überschritten haben. Keineswegs selten übersteigen die Prämien für die Private den Beitrag zur gesetzlichen Krankenkasse deutlich.

Sie sollten sich nicht von der anfänglich günstig erscheinenden Prämie blenden lassen. Zwar liegt die zu Beginn durchaus mal unter dem Krankenkassenbeitrag. Aber rapide teurer werden kann es, wenn Sie „in die Jahre kommen“. Da hat sich schon mancher Rentner entsetzt die Augen gerieben, als die PKV für ihn plötzlich fast unbezahlbar geworden ist. Die Rückkehr in die günstigere Gesetzliche ist dann nicht mehr möglich. Ruheständlern bleibt oftmals nur der leistungsreduzierte Standardtarif, falls vor 2009 eine PKV bestand, oder der Basistarif.

Die PKV wird teuer bis unbezahlbar in diesen und in ähnlichen Fällen:

PKV-Versicherter gründet eine Familie: Plötzlich muss er für jedes Familienmitglied Prämie zahlen. In der GKV wären Ehepartner wie Kinder bis maximal zur Vollendung ihres 25. Lebensjahres beitragsfrei mitversichert, wenn sie kein eigenes Einkommen oder maximal 365 Euro (2010) oder 400 Euro aus einem Mini-Job im Monat erzielen. Bei Kindern ist eine Verlängerung um die Dauer des Wehr- oder Zivildienstes möglich. Ohne Altersbegrenzung mitversichert sind Kinder, die als Behinderte nicht selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen können.

PKV-Versicherter wird berufs- oder erwerbsunfähig: Die PKV berechnet Prämien unabhängig vom Einkommen. Die Beiträge der Gesetzlichen orientieren sich dagegen ausdrücklich an den Einkünften.

PKV-Versicherter geht in Rente: Die Beiträge der Privaten steigen Jahr für Jahr. Die GKV orientiert sich weiter an den Einkünften.

Dem BdV sind Fälle bekannt, in denen die Prämie eines PKV-Versicherten in 33 Jahren von ursprünglich 166,86 Euro (= 326,26 DM) auf heute mehr als 750 Euro gestiegen ist.

Für die meisten, die sich von zunächst günstiger erscheinenden PKV-Beiträgen zum Wechsel haben hinreißen lassen, gibt es kaum einen Weg zurück in die Gesetzliche. Vollkommen unmöglich ist dies für die Älteren ab 55 Jahre. Eine Ausnahme besteht für jene über 55 Jahre, die keine Absicherung im Krankheitsfall haben, aber zuletzt in der GKV versichert waren oder der GKV zuzuordnen sind.

Jahresarbeitsentgeltgrenze und Beitragsbemessungsgrenze

Seit 2003 hat der Gesetzgeber neben der Beitragsbemessungsgrenze zusätzlich die Jahresarbeitsentgeltgrenze eingeführt: Verdient der GKV-Pflichtversicherte in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren mehr als 49.950 Euro (2010), kann er sich entweder privat oder freiwillig gesetzlich versichern. Der Beitrag in der GKV richtet sich nach dem Beitragssatz der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse. Bemessungsgrundlage ist das Einkommen.

Für die Berechnung der Beiträge in der GKV wird das Einkommen nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 45.000 Euro (2010), also 3.750 Euro im Monat, berücksichtigt.

Achtung: Mit der Einführung des Gesundheitsfonds seit 1. Januar 2009 zahlen alle den gleichen Beitragssatz in der GKV. Krankenkassen, die gut

wirtschaften, können ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen oder eine Prämienauszahlung gewähren. Krankenkassen, die weniger gut wirtschaften, müssen ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge abverlangen. Das haben einige Kassen in 2010 auch getan. Der zusätzliche Beitrag darf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Das sind zurzeit maximal 37,50 Euro (2010) im Monat. Die Krankenkasse kann allerdings einen Pauschalbetrag von bis zu acht Euro pro Monat ohne Einkommensprüfung verlangen. Ist das der Fall, werden gesetzlich Versicherte mit einem sehr geringen Einkommen prozentual stärker belastet. Wichtig: Die Kasse muss ihre Mitglieder dann auf die Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen.

Rückkehr in die GKV – Ja, aber ...

Die Rückkehr in die gesetzliche Krankenkasse ist für Arbeitnehmer nur möglich, wenn ihr Brutto-Verdienst in 2010 unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze von 49.950 Euro (monatlich 4.162,50 Euro) sinkt.

Er ist dann in der GKV pflichtversichert. War ein Arbeitnehmer bereits zum 31. Dezember 2002 in der PKV versichert, muss er unter 45.000 Euro im Jahr (2010) verdienen, damit er in der GKV pflichtversichert wird. Wer das 55. Lebensjahr vollendet hat, kann nicht wieder in eine gesetzliche Krankenkasse zurück, auch nicht als Arbeitsloser mit Anspruch auf Arbeitslosengeld oder als Rentner.

Aber Personen über 55 Jahre, die keine Absicherung im Krankheitsfall haben, aber zuletzt GKV versichert waren oder der GKV zuzuordnen sind, können wieder in die Gesetzliche zurück.

Die Beispiele machen deutlich, dass sich der PKV-Einsteiger mit seiner Unterschrift unter den Vertrag fast zwangsläufig ein „Unbezahlbarkeitsrisiko“ einhandelt. Im Klartext: Die Beiträge für die gesetzliche Krankenkasse richten sich stets nach dem Einkommen. In der Gesetzlichen sinken die Beiträge, sobald der Versicherte weniger verdient, wie bei Arbeitslosigkeit und meistens bei Bezug von Altersrente.

Die PKV legt im Gegensatz dazu Beiträge für jeden Versicherten individuell und unabhängig von dessen Einkommen fest. Dabei wird die Anfangsprämie niedrig gehalten, steigt aber später rapide an. Mit einer jährlichen Beitragssteigerung von durchschnittlich fünf Prozent und mehr müssen PKV-Versicherte rechnen. Bei einigen Tarifen liegt die jährliche Beitragssteigerung sogar deutlich über zehn Prozent.

Wer sparen muss, findet allenfalls eine Alternative im Tarifwechsel. Der ist meistens jedoch mit weniger Leistungen und/oder auch mehr Selbstbeteiligung verbunden. Wenn kein Wechsel in einen anderen Tarif möglich und bezahlbar ist, bleibt nur noch das Ausweichen in den leistungsreduzierten Standardtarif (für vor 2009 in der PKV Versicherte) oder den Basistarif.

Spätestens ab dem 65. Lebensjahr ist für PKV-Versicherte ein Wechsel in den Standardtarif möglich, wenn ihre PKV bereits seit zehn Jahren besteht und Sie bereits vor 2009 eine private Krankenversicherung besaßen.

Seit 1. Juli 2009 ist ein Wechsel für Bestandsversicherte (vor 2009 in der PKV) in den Basistarif desselben Krankenversicherers nur noch möglich:

- nach Vollendung des 55. Lebensjahres oder
- bei Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder
- bei Erhalt eines Ruhegehaltes nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften oder
- bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts

PKV-Neukunden mit Vertragsabschluss seit dem 1. Januar 2009 haben dagegen jederzeit das Recht ohne Beschränkungen in den Basistarif zu wechseln.

PKV-Alternativlösung: Tarifwechselrecht innerhalb des PKV-Unternehmens

Der Versicherte hat jederzeit Anspruch darauf, in andere Tarife desselben Versicherers zu wechseln. Die bis dahin erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen werden beim Wechsel mitgenommen.

Wenn die Leistungen im angestrebten Tarif besser als im vorherigen Tarif sind, kann der PKV-Anbieter für Mehrleistungen einen Leistungsausschluss, einen Risikozuschlag und insoweit eine Wartezeit verlangen. Der Versicherte kann einen Risikozuschlag und eine Wartezeit abwenden, in dem er für Mehrleistungen einen Leistungsausschluss vereinbart.

Bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif („Normaltarif“) kann der Versicherer auch den bei Vertragsabschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen. Durch einen Tarifwechsel ist also eine Beitragsersparnis drin. Das trifft vor allem bei einem Wechsel in neue und „jüngere“ Tarife desselben PKV-Versicherers zu.

Doch bevor sich der Versicherte zu einem Tarifwechsel entschließt, sollte er Beiträge und Leistungen sorgfältig miteinander vergleichen.

Achtung: Während die Reduzierung der Leistungen innerhalb des gleichen Tarifsystems oder durch einen Tarifwechsel immer erfolgen kann, ist später eine benötigte Leistungsverbesserung oft schwierig oder unmöglich.

3. PKV-Standardtarif

Dass Privatversicherte mit einem „Unbezahlbarkeitsrisiko“ rechnen müssen, hatte der Gesetzgeber erkannt: Deshalb hatte er die PKV-Versicherer verpflichtet, einen brancheneinheitlichen „Standardtarif“ einzuführen. Bestandsversicherte, die bereits vor 2009 Privatversicherte waren, können weiterhin in den Standardtarif wechseln. Privatversicherte seit Januar 2009 haben hingegen diese Möglichkeit nicht mehr. Ein Wechsel in den Standardtarif kann für jene älteren Bestandsversicherten eine Lösung sein, die ihre hohe Prämie im Alter nicht mehr zahlen können.

Voraussetzung für den Standardtarif:

Bestandsversicherte müssen zehn Jahre in der PKV und mindestens 55 Jahre alt sein oder vor Vollendung des 55. Lebensjahres eine gesetzliche Rente beziehen. Auch dürfen sie nicht mehr als 45.000 Euro (2010) Brutto-Jahreseinkommen erzielen. Der Standardtarif gilt zudem für alle, die mindestens 65 Jahre alt sind. Der Versicherungsschutz ähnelt den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und kann auch künftig angepasst werden.

Auch im Standardtarif gilt: Eheleute müssen für jede Person eine eigene zahlen. Die Gesamtprämie für ein Ehepaar ist auf 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrages begrenzt. Sie ist meistens trotzdem höher als ein Kassenbeitrag. Die Prämie darf aber nicht über dem durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen von zurzeit rund 560 Euro liegen, der sich aus dem Einheitsbeitrag von derzeit 14,9 Prozent (14,0 % + 0,9 %) ergibt. Im Standardtarif erfolgt die Abrechnung zwischen dem Patienten und dem Arzt, wie üblich in der PKV. Allerdings erstattet der Krankenversicherer nur den 1,8-fachen Satz der Gebührenordnungen für Ärzte (Zahnärzte – 2,0-fachen Satz).

Nachteile des Standardtarifs: Privatversicherte haben im Krankenhaus nur noch den Status eines Kassenpatienten. Chefarztbehandlung und Ein- oder Zweibettzimmer gibt es für sie nicht mehr. Sie müssen wie Kassenpatienten pro Tag zehn Euro zuzahlen.

Unerfreulich sind mögliche Leistungseinschränkungen, wenn der bisherige Tarif diese Leistungen vorsah, wie: Keine Behandlung durch Heilpraktiker, psychotherapeutische Behandlung nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung, Selbstbeteiligung von 20 Prozent an Kosten für Heil-, Hilfs- und Arzneimittel (maximal 306 Euro im Jahr).

Die Kosten für Zahnersatz werden höchstens zu 65 Prozent erstattet. Es kann sogar passieren, dass Ärzte Patienten, die nach dem Standardtarif versichert sind, nur behandeln, wenn sie einen höheren Abrechnungssatz akzeptieren. Der PKV-Versicherte muss dann die Differenz beispielsweise vom 1,8-fachen zum 2,3-fachen oder sogar 3,5-fachen Satz selbst bezahlen.

BdV-Tipp: Einen Wechsel in den Standardtarif sollten Sie nur angestreben, wenn es anders nicht mehr geht. Unbedingt sollten Sie prüfen, ob der Wechsel in einen vorteilhafteren Tarif des eigenen PKV-Versicherers genügend Entlastung bringt.

4. PKV-Basistarif seit 2009

Zum 1. Januar 2009 ist der brancheneinheitliche Basistarif neu in der PKV eingeführt worden. Er enthält ein Leistungsangebot, das mit dem der GKV weitgehend vergleichbar ist. Die Höhe der Beiträge des Basistarifs richtet sich nur nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers, nicht jedoch nach seinem Gesundheitsstatus. Es besteht wie bei der GKV ein Annahmewang, also ein so genannter Kontrahierungszwang. Das bedeutet eine gesetzliche Verpflichtung der PKV-Unternehmen, Versicherte aufzunehmen. Risikoausschlüsse oder -zuschläge gibt es beim Basistarif nicht.

Der Basistarif bietet in einigen Punkten eine bessere Versorgung als der Standardtarif, der wiederum finanziell meistens günstiger ist.

Die Versorgung von Versicherten im Basistarif wird über die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Das bedeutet, dass diese Versicherten ebenso wie gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Versorgung haben.

Für die Vergütung dieser Leistungen werden bestimmte Höchstsätze der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegt. Durch vertragliche Vereinbarungen zwischen dem PKV-Verband und den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen kann von diesen Vorgabenganz oder teilweise abgewichen werden.

Voraussetzung für den Basistarif:

Alle PKV-Bestandskunden können seit 1. Juli 2009 nur noch in den Basistarif ihres PKV-Unternehmens wechseln, wenn sie mindestens 55 Jahre alt sind oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aber eine gesetzliche Rente oder Pension beziehen. Außerdem ist ein Wechsel möglich bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts.

PKV-Neukunden mit Vertragsabschluss seit 1. Januar 2009 haben jederzeit das Recht ohne die für Bestandskunden geltenden Beschränkungen in den Basistarif zu wechseln.

Im Basistarif gilt: Bei Ehepaaren zahlt jede Person eine eigene Prämie. Die Prämie ist jedoch im Gegensatz zum Standardtarif nicht auf 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrages begrenzt. Sie dürfte häufig über dem Beitrag für den Standardtarif liegen. Aufgrund der besonderen Kalkulation und Konstruktion ist der Beitrag des Basistarifs oft höher als für einen Normaltarif. Besonders bei Jüngeren kann das der Fall sein. Schon ab 21 Jahre ist im Basistarif grundsätzlich der maximal mögliche Beitrag von zurzeit rund 560 Euro zu zahlen. Er entspricht dem Höchstbeitrag in der GKV und darf diesen nicht übersteigen. Allerdings kann sich dieser noch um die angesparte Alterungsrückstellung reduzieren. Auch für Kinder sind gesonderte Beiträge bis zur Höchstgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen, derzeit von rund 226 Euro.

Kann der Versicherte wegen Hilfebedürftigkeit nicht mehr bezahlen, vermindert sich der Beitrag um die Hälfte. Das regelt das SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder XII (Sozialhilfe). Besteht trotz der Reduzierung weiterhin Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich auf Antrag das zuständige Amt mit rund 125 Euro (Stand Juli 2009) im Monat.

Die Abrechnung von Leistungen erfolgt ebenfalls zwischen dem Patienten und dem Arzt, wie in der PKV üblich. Es gilt der gleiche Höchstsatz wie beim Standardtarif von 2,0-fach für die zahnärztliche Behandlung. Dagegen erstattet der Krankenversicherer bei ärztlicher Behandlung seit dem 1. April 2010 nur noch den 1,2-fachen Satz.

Weitere Inhalte des Basistarifs: Der Basistarif ist nach Art, Höhe und Umfang mit den Leistungen der GKV weitgehend vergleichbar. Die Leistungen unterscheiden sich in vielen Punkten von denen der normalen PKV-Tarife, sind allerdings umfangreicher als im Standardtarif. Der Basistarif bildet den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nach. Er folgt immer den Vorgaben für die GKV. Werden dort Leistungskürzungen vom Gesetzgeber beschlossen, gelten diese auch für den Basistarif.

Basistarifversicherte haben wie Versicherte im Standardtarif „nur“ die freie Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten, die zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung in der GKV zugelassen sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind verpflichtet, die ärztliche Versorgung im Umfang der im Basistarif (auch der im Standardtarif) versicherten Leistungen sicher zu stellen. Dies gilt auch für Zahnärzte sowie Psychotherapeuten. Basistarifversicherte haben die gleichen Zuzahlungen zu leisten wie ein gesetzlich Versicherter. Die sonst üblichen Wartezeiten von drei und acht Monaten gelten nicht.

Leistungskatalog: Der Leistungsumfang des Basistarifs ist im Vergleich zum Standardtarif erweitert. So enthält der Leistungskatalog des Basistarifs Leistungen auch für Haushaltshilfen, ambulante Palliativmedizin, Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, künstliche Befruchtung sowie Krankengeld und Mutterschaftsgeld.

Selbstbehaltstufen: Der Basistarif muss mit vier Selbstbehaltstufen (300, 600, 900 und 1.200 Euro) angeboten werden. An diese Wahl sind Sie drei Jahre gebunden. Wünschen Sie eine Änderung, müssen Sie das spätestens drei Monate vor Ablauf der 3-Jahresfrist verlangen. Der Beitrag reduziert sich durch die Selbstbeteiligung meistens nicht. Deshalb ist sie normalerweise nicht lohnenswert. Im beihilfekonformen Basistarif werden die Selbstbehaltstufen entsprechend dem versicherten Prozentsatz festgesetzt. Beispiel: Ein Beamter mit einem Anspruch auf 50 Prozent Beihilfe kann zwischen Selbstbehaltstufen von 150, 300, 450 und 600 Euro wählen.

Krankenzusatzversicherungen sind neben der Absicherung im Basistarif erlaubt. Der Versicherer kann aber das Ruhen einer Zusatzversicherung verlangen, wenn der Versicherungsnehmer wegen finanzieller Hilfebedürftigkeit auf eine Beitragsreduzierung angewiesen ist.

Die Versicherer haben bisher weder die höhere Lebenserwartung noch den medizinischen Fortschritt in ihre Kalkulation mit einbezogen. Die Kosten im Gesundheitswesen sind in der Vergangenheit um mehr als zwei Prozent über der allgemeinen Inflation, also um etwa fünf Prozent pro Jahr gestiegen. Seit Jahrzehnten steigen die Kosten für Krankenhausaufenthalte, Pflege, Apparatemedizin, Heilbehandlungen und Medikamente. Das gilt auch für Mehraufwendungen durch Zunahme psychischer Erkrankungen und Zivilisationskrankheiten sowie durch neue Krankheiten. Auch die GKV ist von solchen Kostensteigerungen betroffen, verteilt die dafür erforderlichen Aufwendungen aber solidarisch auf ihre Versicherten.

Anders die privaten Krankenversicherungen: Sie holen den Mehraufwand durch Prämienhöhungen rein. Besonders hart betroffen sind Familien mit mehreren Kindern, Berufsunfähige und alte Menschen.

PKV-Interessenten müssen vor Vertragsabschluss „über die Auswirkung steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung im Alter“ informiert werden.

6. Übertragbarkeit (Portabilität) der Alterungsrückstellungen ab 2009 – Ja, aber ...

Bisher beschränkte sich der Wettbewerb der PKV-Unternehmen vor allem auf die Neuanwerbung von jungen und gesunden Menschen. Ein Wechsel des Unternehmens, besonders für langjährig Versicherte, war häufig mit erheblichen Prämienhöhungen verbunden. Der Grund: Bei einem Wechsel konnte die Alterungsrückstellung, nicht zum neuen PKV-Unternehmen mitgenommen werden. Das ist der Betrag, den Versicherte zur Verringerung des sonst höheren Beitrags im Alter aus ihren Prämien beim Versicherer ansparen.

PKV-Wechsler mussten ihre Alterungsrückstellung wieder völlig neu aufbauen. Das hat ihre Beiträge für die neue PKV erheblich verteuert. Faktisch war der Wechsel damit für langjährig PKV-Versicherte unmöglich.

Um die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der PKV-Versicherten zu verbessern, hat der Gesetzgeber die teilweise Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen seit Januar 2009 eingeführt.

Wie viel das tatsächlich ist, kommt auf den konkreten Einzelfall an. Umso mehr die Leistungen des bisherigen Tarifs denen des Basistarif entsprechen, desto höher ist auch der prozentual übertragbare Anteil der Alterungsrückstellung. Groben Schätzungen zufolge soll die Höhe der übertragbaren Alterungsrückstellung vielfach etwa zwei Drittel der vollständigen Summe der „normalen“ Volltarife betragen. Für Bestandsversicherte gab es diese Möglichkeit nur bis 30. Juni 2009 bei Wechsel in den Basistarif eines anderen Versicherers.

Für Bestandsversicherte (vor 2009 in der PKV) gab es diese Möglichkeit nur bis 30. Juni 2009 bei Wechsel in den Basistarif eines anderen Versicherers. Seit dem 1. Juli 2009 gilt wieder: Sie verlieren bei einem Wechsel in den Basis- oder einen Normaltarif eines anderen Unternehmens sämtliche Alterungsrückstellungen. Bei einem Wechsel in einen Voll- oder Basistarif des eigenen Unternehmens hingegen wird die Alterungsrückstellung wie bisher komplett übertragen.

Für Bestandsversicherte, die bis zum 30. Juni 2009 in den Basistarif eines anderen Unternehmens – unter teilweiser Mitnahme der Alterungsrückstellung – gewechselt sind, gilt Folgendes: Die Mindestverweildauer beträgt dort 18 Monate. Nach Ablauf dieser besteht nicht nur die Möglichkeit in einen Volltarif desselben Krankenversicherers zu wechseln, sondern auch erneut in den Basistarif eines weiteren Krankenversicherungsunternehmens. In beiden Fällen erfolgt noch einmal die Mitnahme der Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs, die vom ursprünglichen Krankenversicherer mitgebracht wurde. Ein weiterer Wechsel unter Mitnahme der Alterungsrückstellung in diesem Umfang ist danach aber ausgeschlossen. In einem solchen Fall würde dann lediglich die seit dem 1. Januar 2009 aufgebaute Alterungsrückstellung mitgenommen werden.

Für PKV-Neuversicherte gilt: Seit dem 1. Januar 2009 geschlossene PKV-Neuverträge müssen das Wechselrecht in den Basistarif jedes beliebigen Unternehmens mit Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung enthalten. Die bereits gebildeten Alterungsrückstellungen werden aber nur vollständig beim Wechsel vom Volltarif in den Basistarif des gleichen PKV-Unternehmens übertragen. Lediglich im Umfang des Basistarifs erfolgt die Übertragung beim Wechsel in die Volltarife oder den Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens.

Wer den Anbieter wechseln will, muss also selbst als Neukunde ab 2009 immer noch mit Verlusten rechnen.

BdV-Tipp: PKV-Bestandskunden sollten vorrangig den Tarifwechsel innerhalb desselben PKV-Unternehmens vornehmen. Auch PKV-Neukunden ab 2009 sollten zuerst einen solchen Wechsel erwägen – also nicht vorschnell zu einem neuen Anbieter wechseln.

Beim Wechsel von der PKV in die GKV gibt es auch weiterhin keine Übertragung der Alterungsrückstellung. Auszahlen lassen können sich PKV-Versicherte die Alterungsrückstellung ebenfalls nicht.

Beabsichtigen Sie den Wechsel in den Basistarif, weil andere Tarife Ihres Krankenversicherers nicht genug finanzielle Entlastung bringen, sollten Sie das bei diesem tun. Denn der Basistarif ist so kalkuliert, dass alle Personen ab 21 Jahre schon den Höchstbetrag von zurzeit rund 560 Euro zahlen müssen. Hiervon wird noch die angesammelte Alterungsrückstellung abgerechnet, vollständig aber nur bei Verbleib beim „bisherigen“ Krankenversicherer (nicht aber bei Unternehmenswechsel). Deshalb dürfte sich ein Wechsel des Krankenversicherers kaum anbieten.

Zusatztarif beim bisherigen und Basistarif beim neuen PKV-Unternehmen: Sinnvoll für seit 2009 neu in der PKV Versicherte?

Will ein seit Jahresbeginn 2009 PKV-Versicherter in den Basistarif eines neuen Privatkrankenversicherers wechseln und sieht sein bisheriger Tarif bessere Leistungen als im Basistarif vor gilt: Er kann von seinem „alten“ PKV-Unternehmen verlangen, dass ein Zusatztarif vereinbart wird, auf den die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist.

Die Prämie für solche Zusatztarife fällt umso geringer aus, je länger der Privatversicherte bereits in der PKV ist. Weil auch die Umstellung auf den Basistarif und die Ergänzung dieses Schutzes mit einem Zusatztarif beim „bisherigen“ Versicherer möglich ist, gilt: Der Wechsel in den Basistarif eines anderen Krankenversicherers und die Vereinbarung eines Zusatztarifs beim „bisherigen“ Versicherer scheint meistens nicht sinnvoll.

7. Pflicht zur Krankenversicherung für alle – auch für bisher Nichtversicherte

Zum ersten Mal sind seit dem 1. Januar 2009 alle Einwohner verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, wird wieder krankenversichert. Das gilt gleichermaßen in der gesetzlichen wie in der privaten Krankenversicherung.

In der GKV gelten schon seit 1. April 2007 folgende Regelungen:

Alle Bürger in Deutschland ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Versicherungsschutz haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, kommen wieder in die Versicherungspflicht der GKV. Das gilt auch für Auslandsrückkehrer, die früher in Deutschland zuletzt gesetzlich versichert waren. Ebenfalls besteht die Versicherungspflicht in der GKV für alle, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und die dem Bereich der GKV zuzuordnen sind.

In der privaten Krankenversicherung (PKV) gilt seit 1. Januar 2009:

Seit Beginn des Jahres 2009 sind alle, die weder in der GKV versichert noch dieser zuzuordnen sind, verpflichtet, eine private Krankheitskostenversicherung abzuschließen. Dazu gehören auch Menschen, die vorher in der PKV versichert waren oder dieser jetzt zuzuordnen sind. Sie können sich entweder im Basistarif oder in einem anderen Tarif eines PKV-Unternehmens versichern, der mindestens Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsieht. Die PKV-Unternehmen dürfen keinen Versicherungsberechtigten zurückweisen, der sich im Basistarif versichern will. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind in diesen Fällen nicht erlaubt.

Zwar ist ein PKV-Unternehmen zur Annahme jedes Antragstellers verpflichtet, der in den Basistarif möchte. Es gibt jedoch auch Ausnahmen: Der Antrag darf ausnahmsweise abgelehnt werden, wenn

- der Antragsteller bereits bei diesem PKV-Unternehmen versichert war und
- dieses den Versicherungsvertrag damals wegen Drohung oder
- arglistiger Täuschung angefochten hat oder
- vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

Keine und halbierte Beitragszahlung

Kommen Sie Ihrer Prämienzahlung nicht nach, erhalten Sie seit 1. Januar 2009 dennoch eine eingeschränkte ärztliche Versorgung. Der bisherige Krankenversicherungsschutz wird in eine Ruhensversicherung umgewandelt. Diese Umstellung erfolgt durch den Krankenversicherer, wenn Sie Ihre Prämie zwei Monate nicht zahlen und der Versicherer Sie gemahnt hat, diesen Rückstand auszugleichen. Ruht der Krankenversicherungsschutz muss der Versicherer „lediglich“ die Kosten der Behandlungen für akute Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erstatten („Notfallbehandlungsmaßnahmen“). Die Beendigung der Ruhenszeit tritt ein, wenn Sie alle ausstehenden Prämien einschließlich der Säumniszuschläge nachgezahlt haben oder bei Ihnen finanzielle Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches vorliegt. Gleichen Sie Ihre Rückstände nicht innerhalb eines Jahres nach Umwandlung in eine Ruhensversicherung komplett aus, so wird Ihre private Krankenversicherung im Basistarif fortgeführt.

Besteht eine Versicherung nach dem Basistarif, kann der Krankenversicherer verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange Sie nur den halben Beitrag wegen finanzieller Hilfebedürftigkeit zahlen.

Seit Beginn des Jahres 2009 besteht auch in der PKV eine Versicherungspflicht für alle Personen, die nicht der GKV zuzurechnen sind. Wer dieser Pflicht verspätet nachkommt, hat einen Prämienzuschlag zu zahlen. Dieser ist zu zahlen, wenn der Vertrag erst am 1. Februar 2009 oder später abgeschlossen wird. Der Zuschlag ist ab Februar bis einschließlich Mai in Höhe des vollen Monatsbeitrags pro Monat zu entrichten. Ab Juni 2009 wird ein Sechstel des Monatsbeitrags fällig.

8. Ein „amtliches Merkblatt“: GKV versus PKV

Der Gesetzgeber wies das damalige Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (heute: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, kurz BaFin) an, ein „amtliches Informationsblatt“ zu entwickeln, das seit Januar 2000 den Interessenten vor Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages übergeben werden muss (§ 10a Abs. 3 VAG).

Dieses „amtliche Informationsblatt“ hat den Wortlaut (Stand Januar 2009):

„Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif.

Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben. Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.“*

*Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

9. Wie sich Singles krankenversichern können

In der GKV bezahlt ein Single mit 4.000 Euro Monatsverdienst unabhängig vom Geschlecht, seinem Alter und seinem Gesundheitszustand bei einem Beitragssatz von 14,9 Prozent (bezogen auf die Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 Euro in 2010) einen Monatsbeitrag von rund 560 Euro.

Der Arbeitgeber übernimmt davon 50 Prozent, höchstens aber rund 263 Euro. Allerdings muss der Arbeitnehmer seit dem 1. Juli 2005 zusätzlich einen Beitragssatz von 0,9 Prozent allein tragen. Dieser wird auf die Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 Euro bezogen und beträgt rund 34 Euro im Monat (2010).

In der PKV kommt es hierauf an: Die Gesundheit, das Geschlecht und das Alter des Antragstellers sowie die Leistungen der jeweiligen Tarife. Das neu eingeführte „Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz“ (AGG) verbietet es, Frauen wegen der Kosten für Schwangerschaft oder Mutterschaft zu benachteiligen. Frauen trugen dafür bisher allein die Kosten bei der Prämienkalkulation. Nunmehr müssen diese Kosten auf alle PKV-Versicherten umgelegt werden. Seit dem 1. Januar 2008 wurde deshalb der PKV-Schutz für Männer deutlich teurer. Je nach Tarif und Versicherer bedeutete das für sie eine Erhöhung von bis zu zehn Prozent. Die Höhe des Anstiegs hing vom Frauenanteil in der jeweiligen Tarifgruppe ab. Die Neuerungen gelten sowohl für Bestands-Versicherte als auch für Neukunden.

Ein 30 Jahre alter Mann muss durchschnittlich für eine private Krankenversicherung mit Unterbringung im Zweibettzimmer und privatärztlicher Behandlung im Krankenhaus – je nach Leistungsumfang und bei einer jährlichen Selbstbeteiligung von bis zu 400 Euro (einschließlich 80 Euro Krankentagegeld pro Tag ab dem 43. Tag) – 380 Euro monatlich an Prämie zahlen.

Die Monatsprämie für eine dreißigjährige Frau liegt durchschnittlich bei 490 Euro.

Der Arbeitgeber zahlt die Hälfte dazu, allerdings maximal rund 263 Euro. Der Beitragszuschuss des Arbeitgebers liegt hier bei rund 190 oder 245 Euro.

10. Wie sich Familien krankenversichern können

In der GKV bleiben Ehepartner ohne oder mit nur geringem eigenen Einkommen in der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert. Auch Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Ohne Altersbegrenzung sind sie mitversichert, wenn sie sich als Behinderte nicht selbst unterhalten können (maximal 365 Euro Gesamteinkommen oder 400 Euro [Minijob] im Monat). Der 30-jährige Familienvater mit einer nicht erwerbstätigen Ehefrau im gleichen Alter und mit zwei Kindern zahlt den gleichen Monatsbeitrag wie ein Single: rund 560 Euro. Der Arbeitgeber übernimmt davon rund 263 Euro. Der Arbeitnehmer zahlt also tatsächlich rund 300 Euro im Monat selbst.

Beitragsfreie Familienversicherung in der GKV – Wann möglich?

Elementarer Bestandteil der GKV ist die beitragsfreie Familienversicherung. Sie ermöglicht – im Gegensatz zur PKV – die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten, eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnern und Kindern. Allerdings müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland
- keine eigene freiwillige Versicherung oder Versicherungsfreiheit
- keine eigene Versicherungspflicht oder Befreiung von derselben
Ausnahme: Studenten oder Praktikanten
- keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit
- kein Gesamteinkommen, welches 2010 regelmäßig maximal 365 Euro oder für geringfügig Beschäftigte 400 Euro im Monat überschreitet.

Kinder sind unter diesen Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert:

- Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- Bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind
- Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ökologisches Jahr leisten. Eine Verlängerung erfolgt um die Dauer des Wehr- oder Zivildienstes
- Ohne Altersbegrenzung, wenn sie behindert sind und nicht selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen können.

Wo sind Kinder zu versichern – GKV oder PKV?

Kinder sind beitragsfrei bei ihren Eltern mitversichert, wenn beide Ehepartner eigenständige Mitglieder der GKV sind. Ist ein Ehepartner in der

PKV versichert, hängt die beitragsfreie Mitversicherung des Kindes in der GKV des anderen Ehepartners davon ab, wie viel der PKV-Versicherte verdient. Sind beide Ehepartner in der PKV versichert, kann das Kind nur in der PKV gegen einen eigenen Beitrag versichert werden.

Hinweis: Mutterschutz und Erziehungsurlaub: PKV-Versicherte Mütter haben während ihres Erziehungsurlaubes ihren Beitrag zu entrichten. Selbst wenn der Ehegatte GKV versichert ist, besteht keine Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung im Erziehungsurlaub.

Bruttomonatseinkommen der Ehepartner	Versicherung Kind
Der PKV-Versicherte verdient über der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 49.950 Euro (4.162,50 Euro monatlich in 2010) und mehr als der GKV-Versicherte.	Kinder können entweder beitragspflichtig PKV oder beitragspflichtig GKV versichert werden
Der GKV-Versicherte verdient über der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 49.950 Euro (4.162,50 Euro monatlich) und mehr als der PKV-Versicherte.	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden
Der PKV-Versicherte verdient maximal bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (!) von 49.950 Euro. Der GKV-Versicherte verdient weniger.	Kinder sind beitragsfrei in der GKV versichert
Der PKV-Versicherte verdient maximal (!) 45.000 Euro (2010) im Jahr und war schon vor 2003 PKV versichert. Der GKV- Versicherte hat ein geringeres Einkommen.	Kinder sind beitragsfrei in der GKV versichert

In der PKV muss der 30-jährige Familienvater durchschnittlich für die nicht erwerbstätige 30-jährige Frau und die zwei Kinder insgesamt vier PKV-Beiträge zahlen (380 Euro für sich, 490 Euro für seine Frau ohne Krankentagegeld und jeweils 160 Euro pro Kind).

Daraus ergibt sich je nach Leistungsumfang und Selbstbeteiligung eine durchschnittliche Monatsprämie von rund 1.200 Euro. Der Arbeitgeber trägt davon rund 263 Euro. Die Beiträge gelten für eine PKV mit Unterbringung im Zweibettzimmer und privatärztlicher Behandlung im Krankenhaus sowie einer jährlichen Selbstbeteiligung von bis zu 400 Euro. Beim berufstätigen Ehemann ist ein Krankentagegeld von 80 Euro pro Tag ab dem 43. Tag berücksichtigt.

Unverheiratetes Paar – wo ist das gemeinsame Kind zu versichern?

Lebt ein Paar unverheiratet zusammen und bekommt ein gemeinsames Kind, gilt für die Krankenversicherung des Kindes:

Sind die Partner in der PKV, ist auch das gemeinsame Kind beitragspflichtig in der PKV zu versichern.

Besteht für beide eine GKV-Mitgliedschaft, ist das gemeinsame Kind beitragsfrei in der Kasse der Mutter versichert.

Ist der Mann in der PKV und die Frau in der GKV, besteht für das gemeinsame Kind eine beitragsfreie Mitversicherung in der Kasse der Mutter.

Ist die Frau in der PKV und der Mann in der GKV, kann das Kind beitragsfrei in der Kasse des Vaters versichert werden, wenn dieser eine Vaterschaftserklärung über das Vormundschaftsgericht abgibt. Eine beitragspflichtige Versicherung in der PKV der Mutter ist auch möglich.

Anmerkung: Haben Kinder eigene regelmäßige Einkünfte von mehr als 365 Euro (2010) im Monat, wozu auch Zins- und Mieteinnahmen gehören, (oder als geringfügig Beschäftigte bis zu 400 Euro aus einem Mini-Job), ist eine beitragsfreie Mitversicherung in der GKV der Eltern oder eines Elternteils grundsätzlich nicht möglich.

Kindernachversicherung ab Geburt in der PKV

Bei Neugeborenen beginnt der private Krankenversicherungsschutz ab Vollendung der Geburt,

- wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate in der PKV versichert ist,
- die Anmeldung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt
- und der Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils ist.

Liegen diese Voraussetzungen vor, besteht für den Versicherer ein Kontrahierungszwang. Das bedeutet, der Versicherungsantrag wird ohne Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge angenommen. Darüber hinaus werden für das Neugeborene die Wartezeiten erlassen.

11. Bei Krankheit kassiert PKV weiter, GKV stellt beitragsfrei

GKV – Beitragsbefreiung bei Krankheit: Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen, deren Gehaltsfortzahlung bei Krankheit wegfällt, zahlt die Kasse Krankengeld als Lohnersatz. Während des Krankengeldbezuges sind die Empfänger beitragsfrei versichert. Sie zahlen keine Krankenversicherungsbeiträge mehr, erhalten aber weiterhin alle Leistungen für sich und ihre mitversicherten Angehörigen. Zusätzlich übernimmt die Krankenkasse ungefähr die Hälfte der Beiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung.

PKV – Beitragsforderung auch bei Krankheit: Die Beitragspflicht in der Privaten besteht weiterhin, auch wenn der Arbeitgeber nach längerer Arbeitsunfähigkeit die Gehaltsfortzahlung und den Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung einstellt. Privatversicherte sollten eine Krankentagegeldversicherung abschließen, die neben dem Erhalt des Einkommens auch die Zahlung der Krankenversicherungsprämien sowie der Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung abdeckt.

GKV – Beitragsfreiheit bei Mutterschaft möglich: Wer Mutterschafts- und Erziehungsgeld erhält, ist in der GKV beitragsfrei versichert, wenn eine vorherige Pflichtmitgliedschaft bestand und keine anderen Einkünfte bezogen werden. Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen lösen allerdings eine Beitragspflicht aus. Das gilt auch für freiwillig in der GKV Versicherte, wobei aber zusätzlich für sonstige Einkünfte, wie Mieteinnahmen und Zinserträge, Beiträge zu zahlen sind. Achtung: Ist der Ehepartner privat krankenversichert, muss die GKV Beiträge von dessen Einkommen erheben.

Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit: Wer seinen Beruf nicht mehr ausüben kann, für den sinken die Beiträge in der GKV. Sie werden nach der Rente berechnet. Privatversicherte müssen trotz geringeren Einkommens die üblichen Prämien zahlen und Steigerungen in Kauf nehmen.

12. Arbeitslos – und was passiert mit der Krankenversicherung?

Wird ein freiwillig in der GKV versicherter Arbeitnehmer arbeitslos und erhält Arbeitslosengeld, bleibt er als Versicherungspflichtiger Mitglied seiner Gesetzlichen. Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt die Zahlung der Beiträge. Das gilt auch beim anschließenden Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II). Ein Privatversicherter muss, wenn er Arbeitslosengeld bezieht, in eine gesetzliche Krankenkasse wechseln, weil er dann pflichtversichert ist.

Ausnahme: Ein Versicherter, der in den letzten fünf Jahren vor Bezug des Arbeitslosengeldes in der PKV war, kann auf Antrag privat versichert bleiben, wenn er sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse befreien lässt.

Bezieht ein Privatversicherter Arbeitslosengeld II, bleibt er weiterhin in der PKV versichert. Seit 1. Januar 2009 ist die Rückkehr in die GKV für privatversicherte ALG-II-Empfänger nicht mehr möglich.

PKV-Versicherte, die erst nach Vollendung des 55. Lebensjahres Arbeitslosengeld beziehen, müssen in der PKV bleiben, wenn

- sie in den vergangenen fünf Jahren nicht gesetzlich krankenversichert waren und
- mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig waren.

Versicherungspflichtig werden aber Personen über 55 Jahre, die keine Absicherung im Krankheitsfall haben, jedoch zuletzt GKV versichert waren oder der GKV zuzuordnen sind.

13. Wenn Wechsel in die GKV scheitert – wie erfolgt die sichere Rückkehr in die PKV?

Für alle, die von der PKV in die GKV wechseln, aber nicht mindestens zwölf Monate pflichtversichert bleiben, gilt: Eine freiwillige Weiterversicherung in der GKV ist ihnen nicht möglich. Jedoch kann der vorher PKV-Versicherte von seinem früheren Versicherer verlangen, ohne erneute Gesundheitsprüfung zu gleichen Tarifbedingungen wieder aufgenommen zu werden.

Voraussetzung: Der damalige PKV-Vertrag hat vor seiner Kündigung mindestens fünf Jahre bestanden. Diese Verpflichtung besteht jedoch längstens zwölf Monate nach Beendigung des PKV-Vertrages. Sie endet ebenfalls drei Monate nach Beendigung des PKV-Vertrages, wenn der bisher PKV-Versicherte keine gesetzliche Krankenversicherung abgeschlossen hat. Diese Regelung ist auf eine Anwartschaftsversicherung bei der PKV ebenso anzuwenden. Ansonsten erfolgt eine spätere problemlose Rückkehr in die bisherigen PKV-Tarife nur, wenn der PKV-Versicherte eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen hat. Eine kleine Anwartschaftsversicherung sichert eine Rückkehr in den alten Versicherungsvertrag ohne erneute Risikoprüfung. Bei einer großen Anwartschaftsversicherung wird bei Aufleben der Versicherung zusätzlich der Beitrag auf der Grundlage des ursprünglichen Eintrittsalters berechnet.

Ausnahme: Ohne Anwartschaftsversicherung und ohne erneute Gesundheitsprüfung wäre gegebenenfalls höchstens eine Rückkehr in den Basistarif möglich, weil für diesen Tarif Annahmewang besteht. Allerdings würde dies den Verlust der zuvor angesammelten kompletten Alterungsrückstellungen bedeuten.

Wer allerdings als PKV-Versicherter künftig weiterhin in seine bisherigen Tarife sicher zurückkehren will, für den kann eine Anwartschaftsversicherung sinnvoll sein, wenn er:

- im Ausland arbeitet und dort krankenversichert ist, später aber wieder nach Deutschland zurückkehren will.
- als Arbeitnehmer unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze verdient und somit in der GKV pflichtversichert ist, sich aber zukünftig die Möglichkeit erhalten will, wieder ohne erneute Gesundheitsprüfung in seine „alte“ PKV zu wechseln, wenn er drei Jahre lang über dieser Grenze verdient hat.
- noch nicht mindestens zwölf Monate der Pflichtversicherung in der GKV erfüllt hat, um sich danach freiwillig in der GKV weiter versichern zu können.

14. Im Alter privat oder gesetzlich krankenversichern?

PKV – im Alter immer teurer:

Trotz Alterungsrückstellungen ärgern sich privat krankenversicherte Rentner über stetig steigende PKV-Prämien. Wollen sie sparen, bleibt ihnen allenfalls ein Tarifwechsel. Wählen sie den so genannten Standardtarif (nur noch möglich, wenn vor 2009 eine PKV bestand) oder seit 2009 auch

den Basistarif, sind ihnen Leistungsabstriche sicher. Ein Wechsel in die GKV ist nicht mehr möglich.

In der GKV ist die Rente Maßstab:

Hier werden Beiträge auch im Rentenalter nach dem Einkommen berechnet. Der Beitrag für pflichtversicherte Rentner errechnet sich aus der Rentenhöhe. Berücksichtigt werden die gesetzliche Rente und Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten oder Arbeitseinkommen. Bei freiwillig versicherten Rentnern werden zur Beitragsberechnung auch sonstige Einkünfte, wie Miet-, Zins- und Dividendeneinnahmen, bis zur Beitragsbemessungsgrenze (45.000 Euro in 2010) berücksichtigt.

Pflichtmitglied der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird bei Rentenbeantragung seit dem 1. April 2002, wer seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragsstellung mindestens 90 Prozent der zweiten Hälfte seines Erwerbslebens in einer GKV Pflichtmitglied gewesen ist oder durch ein solches in die Familienversicherung der GKV einbezogen wurde. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 werden freiwillig Versicherte genauso behandelt. Voraussetzung für die Einstufung in die KVdR ist jedoch, dass Sie eine gesetzliche Rente erhalten.

Für den Arbeitgeberanteil kommt bei pflichtversicherten Rentnern die gesetzliche Rentenversicherung auf. Freiwillig gesetzlich versicherte Rentner tragen zwar den Beitrag selber, bekommen aber auf Antrag von der gesetzlichen Rentenversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des halben Beitragssatzes der pflichtversicherten Rentner. Das setzt aber voraus, dass sie eine gesetzliche Rente erhalten.

Auf Betriebsrenten zahlen alle gesetzlich Versicherten den vollen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Anmerkung: Seit dem 1. Juli 2005 haben auch alle in der GKV versicherten Rentner den Beitragszuschlag von 0,9 Prozent selbst zu tragen.

Privat versicherte Rentner erhalten zu Ihrem Beitrag für die PKV einen Zuschuss vom Rentenversicherungsträger. Das setzt allerdings voraus, dass sie eine gesetzliche Rente bekommen. Dieser Beitragszuschuss muss beantragt werden. Er beträgt 50 Prozent des Beitragssatzes der GKV bezogen auf die gesetzliche Rente, maximal aber die Hälfte des PKV-Beitrages. Seine Auszahlung erfolgt zusammen mit der Rente.

15. Was verlangen GKV und PKV?

In der GKV wurden Leistungen eingeschränkt, Praxisgebühren und ein vom Versicherten selbst zu zahlender Beitragssatz von 0,9 Prozent für Zahnersatz und Krankentagegeld eingeführt. Versicherte müssen bei vielen Leistungen zuzahlen, etwa bei Fahrkosten, Brillen, Heil- und Hilfsmitteln, bei Zahnersatz sowie bei Krankenhauskosten. Eine Belastungsgrenze von maximal zwei Prozent des Jahresbruttoeinkommens sowie einem Prozent für schwerwiegend chronisch Kranke soll sozial Schwächere entlasten.

Auch PKV-Versicherte müssen je nach Versicherung und Tarif Einiges selbst bezahlen, weil nicht jeder Tarif für alle Leistungen eine Erstattung zu 100 Prozent vorsieht. Die PKV kann bei steigenden Kosten im Gesundheitswesen vertraglich vereinbarte Leistungen nicht einfach kürzen.

Ausnahme: Der Basistarif unterliegt den gleichen Änderungen wie die GKV.

Vielmehr gibt die PKV diese Kostensteigerungen durch Erhöhungen der Prämien und/oder der Selbstbeteiligung an die Versicherten weiter. In der Vergangenheit waren in Einzelfällen durchaus Prämienenerhöhungen um die 100 Prozent in fünf Jahren oder eine Verdreifachung in zehn Jahren zu beobachten.

16. Was bietet die Private Krankenversicherung?

Nach landläufiger Vorstellung erhalten privat versicherte Patienten schneller Arzttermine, bessere Behandlungen und kostspieligere Medikamente. Zwar kann es in der Praxis vorkommen, dass Privatpatienten von Ärzten bevorzugt werden. Aber ob sie tatsächlich besser versorgt sind, ist damit längst noch nicht gesagt.

Tatsächlich medizinisch besser betreut als Kassenpatienten sind Privatpatienten im Krankenhaus. Voraussetzung: Sie haben die Chefarztbehandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer mitversichert. Allerdings können sich auch GKV-Mitglieder diesen Privatpatienten-Status über eine private Zusatzversicherung verschaffen. Diese Zusatzversicherungen bieten allerlei ergänzenden Krankenversicherungsschutz und viele Luxusleistungen. Aber nicht zu vergessen ist: Der Versicherte muss dafür tief in die Tasche greifen.

17. Was bietet die Gesetzliche Krankenkasse?

Etwa neunzig Prozent aller Versicherten sind Kassenpatienten. Die GKV bietet eine Reihe von Vorzügen und obendrein sogar Leistungen, die es in der privaten Krankenversicherung gar nicht gibt. Zu den herausragenden Vorteilen der Gesetzlichen gehört vor allem die Möglichkeit einer beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen.

Wahltarife

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Angebotspalette von Wahlтарifen seit dem 1. April 2007 erweitert. Seitdem können alle gesetzlich Versicherten Wahlтарife abschließen. Ansonsten haben die Kassen neben den gesetzlichen Pflichtleistungen nur in sehr begrenztem Umfang Spielraum für zusätzliche Leistungen in ihrer Satzung.

Wahlтарife ohne dreijährige Bindung:

Zur Verbesserung der Behandlung chronisch Kranker müssen die Kassen Wahlтарife für strukturierte Behandlungsprogramme, so genannte Disease-Management-Programme (DMP) anbieten. Das können beispielsweise Programme für Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und Typ 2 sowie koronare Herzerkrankungen sein. Die Teilnahme ist freiwillig und mit finanziellen Vorteilen verbunden, wie zum Beispiel dem Verzicht auf die Praxisgebühr.

Auch gibt es die Möglichkeit der Wahl der integrierten Versorgung. Kassen bieten bei bestimmten Indikationen eine vernetzte Versorgung an. Bei dieser können beispielsweise Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen kooperieren. Vielfach wird diese Versorgungsform zum Beispiel bei Krebserkrankungen, Hüft- und Knieoperationen angeboten. Integrierte Versorgungsformen sollen die Behandlungsschritte verschiedener medizinischer Fachleute besser koordinieren, um Kosten zu sparen, aber auch die Qualität der Behandlung zu verbessern.

Beim Hausarztmodell dient der Hausarzt als erster Ansprechpartner. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Hausarzt überweist Sie – falls erforderlich – an einen Facharzt. Das soll nutzlose und doppelte Untersuchungen ersparen. Einen solchen Tarif haben die Krankenkassen anzubieten. Bei Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung besteht an diese und den gewählten Hausarzt eine Bindung von mindestens einem Jahr.

Wahltarife mit dreijähriger Kassenbindung – lohnenswert?

Die Krankenkassen können ihren Mitgliedern weitere Wahltarife mit einer dreijährigen Bindungsfrist anbieten, wie beispielsweise Beitragsrück-erstattungs- und Selbstbehalttarife, die jede Kasse unterschiedlich ausgestalten kann.

Für Beitragsrückerstattungstarife gilt das „Alles oder Nichts-Prinzip“: Sind Sie ein ganzes Jahr nicht auf Kosten der Kasse zum Arzt gegangen, bekommen Sie im Folgejahr bis zu einem Monatsbeitrag zurück. Die Regelung kann auch vorsehen, dass sich kein familienversichertes Mitglied auf Kosten der Kassen behandeln lassen darf.

Selbstbehalttarife: Das lohnt sich für Sie nur, wenn Sie in einem Jahr weniger Behandlungskosten verursachen, als Sie an Prämie von der Kasse zurückbekommen. Das wissen Sie allerdings nicht im Voraus. Sowohl Prämie als auch Selbstbehalt sind nach Einkommen gestaffelt.

Kostenerstattungstarife: Sie erhalten wie ein Privatpatient vom Arzt eine Rechnung, die Sie bezahlen müssen. Nicht alle Behandlungen und Kosten werden jedoch von der Kasse übernommen. Einen Teil der Kosten müssen Sie selber bezahlen.

Erst wenige Krankenkassen bieten Wahltarife für die Kostenerstattung an.

Der Arzt kann beispielsweise den 2,3-fachen oder sogar den 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte in Rechnung stellen. Das liegt weit über dem, was die Krankenkasse normalerweise übernimmt. Erstattet werden grundsätzlich die Behandlungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse enthalten sind. Eine Kostenerstattung zum Beispiel von Heilpraktikerleistungen oder individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist normalerweise ausgeschlossen. Die Kassen können einen solchen Tarif anbieten, müssen es aber nicht. Zusätzlich zum Beitrag ist dafür eine Extraprämie für jede teilnehmende Person zu zahlen. Selbstbehalte sind üblich.

Beispiel: Nach Abzug des Kassenanteils der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein Zuschuss von 80 Prozent des Rechnungsbetrages gewährt. Der 20-prozentige Eigenanteil bleibt auf maximal 500 Euro beschränkt. Darüber hinaus wird ein Verwaltungskostenabschlag erhoben. Die Angebote der Kassen fallen unterschiedlich aus. Der Wahltarif „Kostenerstattung“ dürfte sich nur selten lohnen. Denn der Arzt bekommt lediglich mehr Geld für die Leistung, die Sie sonst auch bekommen, wenn Sie Ihre Chipkarte vorlegen.

Weitere Wahltarifangebote: Das können beispielsweise Wahltarife sein, welche die Kosten der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer oder für ärztlich verordnete Naturarzneimittel beinhalten. Solche Wahltarife sind eine Art von Zusatzversicherungen, die bislang nur von privaten Krankenversicherern angeboten werden durften. Bietet Ihre Krankenkasse Zusatzleistungen als Wahltarif an, könnte das eine Möglichkeit sein, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen und/oder Altersgründen keine private Krankenzusatzversicherung abschließen können. Berücksichtigen sollten Sie allerdings, dass Sie für drei Jahre an Kasse und Tarif gebunden sind. Der Zusatzversicherungsschutz muss außerdem nicht lebenslang gelten. Die Kasse kann Wahltarife auch wieder streichen.

Wenn Sie zusätzlichen Krankenversicherungsschutz benötigen, sollten Sie die Angebote Ihrer Krankenkasse mit denen der privaten Krankenversicherer genau vergleichen. Worauf Sie bei privaten Krankenzusatzversicherungen achten sollten, finden Sie in unserem entsprechenden Merkblatt. Auch ein Vergleich mit Angeboten anderer Krankenkassen kann sinnvoll sein.

Eine kostenfreie Beratung zu den Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenkassen können Sie beispielsweise von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) unter 0800-0117722 erhalten.

18. Gegenüberstellung von Leistungen der GKV und PKV

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

GKV: Freie Wahl unter den Vertragsärzten, Behandlung gegen Vorlage der Chipkarte, Arzt rechnet direkt mit Krankenkasse ab.

PKV: Freie Wahl unter allen Ärzten, Behandlung gegen Privatrechnung, Versicherter reicht Rechnung bei Versicherung zur Kostenerstattung ein.

Psychotherapie

GKV: Neben Ärzten können ferner Psychotherapeuten aufgesucht werden; je nach notwendiger Therapie sehr hohe Anzahl an Sitzungen möglich. Grundsätzlich mitversichert ist auch die stationäre Psychotherapie.

PKV: Meistens ist eine Sitzungszahlbegrenzung auf wenige Sitzungen vorgesehen, häufig 20 bis 30 Sitzungen im Jahr, selten aber ohne Begrenzung. Teilweise sind Behandlungen durch Psychotherapeuten ausgeschlossen sowie eine vorherige Bewilligung nötig. Stationäre Psychotherapie wird vielfach nur im begrenzten Umfang, zum Beispiel für 30 Tage im Jahr,

sowie nach vorheriger Genehmigung übernommen oder sogar von einigen Versicherern gar nicht.

Krankenhausbehandlung

GKV: Behandlung durch alle Ärzte in den Abteilungen, Mehrbettzimmer, Zuzahlung pro Tag 10 Euro (maximal für 28 Tage im Jahr).

PKV: Mindestens wie in der GKV ohne Zuzahlung, aber abhängig vom gewählten Tarif, auch Behandlung durch Chefärzte und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer mitversichert.

Kur- und Rehabilitationsmaßnahme

GKV: Ambulante Kurleistungen in anerkannten Kurorten: Übernahme der medizinischen Anwendungen und täglicher Zuschuss von 8 bis 13 Euro für Unterkunft, Verpflegung sowie An- und Abreise. Stationäre Kur- und Rehabilitationsmaßnahme: Übernahme der Behandlung und Unterbringung, Zuzahlung wie im Krankenhaus. Leistungsanspruch maximal alle vier Jahre für eine maximal dreiwöchige Kur.

PKV: Leistungen oftmals für ambulante und/oder stationäre Kuren enthalten, aber teilweise auch keine. Jedoch kann oft ein zusätzlicher Kurtarif abgeschlossen werden.

Ambulante Vorsorgeuntersuchungen

GKV: Zuzahlungsfrei innerhalb der gesetzlich eingeführten Programme.

PKV: In einigen Tarifen auch ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme sowie ohne Alters- und Diagnosebeschränkung.

Arzneimittel

GKV: Rezeptpflichtige Arzneimittel: Zuzahlung zehn Prozent vom Rechnungsbetrag, mindestens fünf Euro, höchstens zehn Euro. Rezeptfreie Arzneimittel: Keine Erstattung durch GKV (Ausnahmen bei Kindern und Schwerstkranken möglich), gleiche Zuzahlungsregelung wie bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln; falls Kosten unter fünf Euro, ist der tatsächliche Preis zu zahlen.

PKV: Keine Beschränkung, alle Arzneimittel müssen zunächst selbst bezahlt werden, später erfolgt Kostenerstattung durch den Versicherer, wobei Selbstbeteiligungsregelungen möglich sind.

Brillen und Kontaktlinsen

GKV: Nur noch für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und sehr stark Sehbehinderte.

PKV: Je nach Tarif für Gestell und Brillengläser in der verordneten Ausführung; Kontaktlinsen möglich, wenn medizinische Notwendigkeit besteht.

Hilfsmittel

GKV: Hilfsmittelverzeichnis ist wie ein offener Hilfsmittelkatalog, Zuzahlung zehn Prozent vom Rechnungsbetrag, mindestens fünf Euro, höchstens zehn Euro.

PKV: Oftmals geschlossener und eingeschränkter Hilfsmittelkatalog, das bedeutet, nur die dort aufgeführten Hilfsmittel werden erstattet. Erstattungsumfang richtet sich nach dem jeweiligen Tarif. Nur wenige Tarife sehen einen offenen Hilfsmittelkatalog vor.

Heilmittel

GKV: Heilmittelverzeichnis seit Juli 2004 im Umfang eingeschränkt, Zuzahlung zehn Prozent der Kosten und zehn Euro je Verordnung.

PKV: Je nach Tarif meistens Kostenerstattung zu 100 Prozent.

Krankengeld

GKV: 70 Prozent des Bruttogehalts, maximal 90 Prozent vom Nettogehalt, bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze von 45.000 Euro (2010).

PKV: Krankentagegeldtarif muss extra abgeschlossen werden: Die Höhe des Krankentagegeldes sollte dem Netto-Einkommen zuzüglich der Beiträge zur Kranken-, Pflege- und gesetzlichen Rentenversicherung entsprechen.

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

GKV: Bis zu zehn Tage pro Jahr und Kind pro Ehepartner, wenn das Kind mitversichert und noch unter zwölf Jahre alt ist, jedoch maximal 25 Tage pro Jahr und Ehepartner bei mehr als zwei Kindern; bei Alleinerziehenden bis zu 20 Tage pro Jahr und Kind, aber maximal 50 Tage pro Jahr bei mehr als zwei Kindern.

PKV: Keine Leistung.

Mutterschaftsgeld

GKV: Während der Schutzfrist 13 Euro pro Tag, insgesamt für 14 Wochen maximal 1.274 Euro, bei Mehrlings- und Frühgeburten für bis zu 18 Wochen.

PKV: Keine Leistung.

Zahnersatz

GKV: Befundorientierte Festzuschüsse: Bis zu 65 Prozent der Kosten für die Regelversorgung (zum Beispiel für metallische Kronen und Brücken); unabhängig von der zahnmedizinischen Versorgung bleibt der Zuschuss gleich, auch wenn wesentlich teurer Zahnersatz – wie die Implantatversorgung – gewählt wird.

PKV: Je nach Tarif zwischen 50 Prozent und 80 Prozent, häufig in den ersten Jahren Summenbegrenzung.

Kieferorthopädie

GKV: 80 Prozent der Kosten grundsätzlich nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sind mehr als zwei Kinder im Haushalt werden ab dem zweiten Kind 90 Prozent ersetzt; nach erfolgreichem Behandlungsabschluss werden auch die restlichen Kosten erstattet. Es besteht nur bei Vorliegen der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) mit den Graden 3, 4 und 5 ein Leistungsanspruch.

PKV: Je nach Tarif beträgt die Kostenerstattung häufig zwischen 60–80 Prozent der Kosten, ohne Altersbegrenzung.

Unkonventionelle Heilmethoden

GKV: Ja, unter bestimmten Voraussetzungen und soweit von einem Vertragsarzt erbracht. Keine Heilpraktikerbehandlung.

PKV: Ja, unter bestimmten Voraussetzungen, wobei je nach Tarif oftmals auch Heilpraktiker und teilweise ein Katalog alternativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Ärzte eingeschlossen ist.

Häusliche Krankenpflege

GKV: Bis zu vier Wochen je Krankheitsfall, wenn so Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann, aber nur dann, wenn keine im gemeinsamen Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichem Umfang versorgen kann. Zuzahlungen zehn Prozent der Kosten pro Tag mit Begrenzung auf 28 Tage, zuzüglich zehn Euro pro ärztlicher Verordnung.

PKV: Keine Leistung.

Haushaltshilfe

GKV: Wegen häuslicher Krankenpflege, Krankenhausbehandlung, Müttergenesungskur oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationskur des Versicherten,

wenn die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist. Voraussetzung: Ein im Haushalt lebendes Kind bis maximal zum zwölften Lebensjahr oder mit Behinderung, das auf Hilfe angewiesen ist. Auch darf eine andere im Haushalt lebende Personen den Haushalt nicht weiterführen können. Die zeitliche Begrenzung richtet sich nach der erbrachten Leistung, welche die Haushaltshilfe erforderlich macht (zum Beispiel Krankenhausbehandlung). Selbstbeteiligung von zehn Prozent der täglichen Kosten, mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro.

PKV: Keine Leistung.

Schutz im Ausland

GKV: Versicherungsschutz nur in EU-Ländern und Ländern, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht; bei chronischer Erkrankung oder höherem Alter erfolgt dann eine Kostenerstattung, wenn die Reise vorher bei der Gesetzlichen angemeldet wird und kein Versicherungsschutz von einer PKV zu erhalten ist und dies nachgewiesen wird.

PKV: Europaweiter Versicherungsschutz, mindestens ein Monat weltweite Geltung, die je nach Versicherer oftmals auch länger gilt oder gegen Mehrbeitrag verlängert werden kann.

Fahrtkosten

GKV: Ambulant möglich in einigen Fällen, wie Pflegestufe II und III oder einigen Fällen der Schwerbehinderung, nach ärztlicher Verordnung und Bewilligung der GKV; medizinisch notwendige Krankentransporte und Rettungsfahrten zum Krankenhaus in Notfällen ohne Verordnung. Zuzahlung zehn Prozent, mindestens fünf und maximal zehn Euro.

PKV: Unterschiedlich je nach Tarif bei ambulanter Heilbehandlung, möglich in einigen Fällen, wie Chemotherapie, Dialyse, Gehunfähigkeit oder Notfällen; meistens Transport hin und zurück zum/vom Krankenhaus.

Pflegepflichtversicherung

GKV: Soziale Pflegepflichtversicherung bei der gewählten Krankenkasse, einkommensabhängige Beiträge bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze (einheitlicher Beitragssatz 1,95 Prozent seit 1. Juli 2008, aber Kinderlose ab Vollendung des 23. Lebensjahres müssen zusätzlich einen Beitragssatz von 0,25 Prozent zahlen, so dass ihr Beitragssatz 2,20 Prozent beträgt).

PKV: Pflegepflichtversicherung muss bei einem privaten Versicherer abgeschlossen werden, risikoabhängige Prämienkalkulation, jeweils eine Prämie für jeden Ehepartner.

Anmerkung: Die Leistungen des Basistarifs der PKV sind mit denen der GKV weitgehend vergleichbar.

19. Gemischte Krankenanstalten: Anschlussheilbehandlung – vorherige Zustimmung erforderlich?

PKV-Versicherte müssen vor einer Anschlussheilbehandlung (AHB) in einer gemischten Krankenanstalt die schriftliche Zusage Ihres PKV-Unternehmens einholen. Wird das versäumt, besteht keine Leistungspflicht des Versicherers.

Eine AHB kann nach einem stationären Krankenhausaufenthalt („Akutkrankenhaus“), zum Beispiel nach einem Unfall notwendig werden. Sie erfolgt dann normalerweise in einer so genannten gemischten Krankenanstalt. Diese führt sowohl medizinisch notwendige Heilbehandlungen als auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen durch. Nach der Rechtsprechung, auch des BGH, ist der Ausschluss der Behandlung in gemischten Krankenanstalten ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers rechtmäßig.

Der PKV-Versicherer wird von der nachträglichen Überprüfung befreit, ob während des Aufenthaltes in einer gemischten Anstalt eine notwendige Heilbehandlung oder, (auch nur teilweise) eine Kur- und Sanatoriumsbehandlung stattgefunden hat.

Die entsprechende Klausel für die private Krankentagegeldversicherung soll allerdings nach dem Urteil des OLG Oldenburg unwirksam sein.

Die Anschlussheilbehandlung von GKV-Versicherten wird im Normalfall durch den Sozialdienst für den Versicherten vorgenommen. Das Akutkrankenhaus kümmert sich um die Beantragung der AHB bei der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), die Kostenträgerin dieser Maßnahme ist. Der Bescheid der GRV ergeht entweder an das Akutkrankenhaus oder an den GKV-Versicherten. Er enthält den Namen der Klinik, in der die AHB erfolgt.

Es spielt für die GKV keine Rolle, ob es sich um eine gemischte Krankenanstalt handelt. Vielmehr ist entscheidend, dass die Krankenanstalt ein Vertragshaus der gesetzlichen Rentenversicherung ist. Innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus muss die Anschlussheilbehandlung allerdings beginnen.

20. Ersatz für Verdienstaussfall: Krankentagegeld (PKV) und Krankengeld (GKV)

Für PKV-versicherte Selbstständige, Freiberufler und Arbeitnehmer ist die private Krankentagegeld-Versicherung sehr wichtig. Die Krankentagegeld-Versicherung ersetzt den Verdienstaussfall, wenn bei längerer Krankheit kein Einkommen erzielt wird. Keine Krankentagegeld-Versicherung benötigen Beamte, weil sie auch bei längerer Krankheit finanziell abgesichert sind.

Arbeitnehmer bekommen mindestens für sechs Wochen eine Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber, manchmal auch länger. PKV-versicherte Arbeitnehmer sollten daher eine Krankentagegeld-Versicherung bereits ab Wegfall der Lohnfortzahlung, also normalerweise ab dem 43. Tag, abschließen.

GKV-versicherte Arbeitnehmer erhalten danach von ihrer Krankenkasse ein Krankengeld. Das ist allerdings auf 78 Wochen wegen derselben Krankheit innerhalb von drei Jahren begrenzt.

Es beläuft sich auf 70 Prozent des Bruttogehaltes, maximal 90 Prozent des Nettogehaltes. Das Krankengeld bemisst sich nach dem Einkommen, maximal aber begrenzt bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Alles was über 3.750 Euro monatlich (2010) verdient wird, bleibt deshalb bei der Krankengeldhöhe außer Betracht. Für freiwillig gesetzlich versicherte Arbeitnehmer mit einem höheren Einkommen entsteht somit im Krankheitsfall eine größere Lücke. Es kann sinnvoll sein, diese Differenz zwischen Krankengeld und Nettoeinkommen mit einer privaten Krankentagegeld-Police zu schließen. Auch auf gesetzlich pflichtversicherte Arbeitnehmer kann das zutreffen.

Privatversicherte Selbstständige könnten sich vom vierten Krankheitstag an absichern. In der Praxis besteht diese Möglichkeit allerdings nur bei wenigen PKV-Unternehmen. Empfehlenswert ist sie allerdings nicht. Einerseits, weil die eigenen finanziellen Reserven ausreichen sollten, um für eine bestimmte Dauer den Lebensunterhalt bestreiten zu können. Andererseits, weil der Schutz unverhältnismäßig teuer wäre. Oftmals kann ein Beginn nach einer Karenzzeit von sechs Wochen sinnvoll sein.

Die Höhe des Krankentagegeldes sollte sich am Nettoeinkommen orientieren und die Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung beinhalten. Das ist vielfach möglich. Eine Staffelung des Tagegeldes nach

unterschiedlichen Karenzzeiten bietet sich nur vereinzelt an, auch wenn dadurch die zu zahlende Prämie niedriger ausfällt. Die private Krankentagegeldversicherung ersetzt nur den tatsächlichen Einkommensausfall im Krankheitsfall. Es gilt ein Bereicherungsverbot.

Gesetzlich versicherte Selbstständige können zwischen einigen Alternativen wählen:

Seit Jahresbeginn 2009 müssen freiwillig in der GKV versicherte Selbstständige und Freiberufler Krankengeld durch den Abschluss von Wahltarifen absichern. Dafür ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen. Der Beitragssatz für die Krankenkasse ermäßigt sich dadurch auf 14,3 Prozent. Entscheiden Sie sich für einen Wahltarif Krankengeld, sind Sie jedoch drei Jahre an Ihre Kasse gebunden. Seit 1. August 2009 haben Sie zusätzlich eine weitere Option:

Gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,9 Prozent können Sie ein „gesetzliches Krankengeld“ ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wie ein Arbeitnehmer, versichern. Wünschen Sie ein Krankengeld, das beispielsweise früher gezahlt wird, können Sie dies weiterhin über den Abschluss neuer Wahltarife tun.

Liegt das Einkommen des Selbstständigen über der in der GKV versicherbaren Höhe, beispielsweise über der Beitragsbemessungsgrenze, kann zusätzlich eine private Krankentagegeldversicherung wichtig werden.

Alternativ können Selbstständige ganz auf die Wahl des Krankengeldes verzichten und zahlen dann nur den ermäßigten Beitragssatz in der GKV. Dafür müssten sie allerdings, ebenso wie PKV-Versicherte, ihren gesamten Verdienstausfall mittels einer privaten Kranken-Tagegeldversicherung absichern.

Das kann günstiger sein und den Vorteil haben, dass tariflich meistens eine unbefristete Dauer vorgesehen ist. Auch hier müssen sich Selbstständige entscheiden, ab welchem Zeitpunkt die Krankentagegeld-Versicherung eintreten soll. Die Höhe sollte sich ebenfalls am Nettoeinkommen orientieren. Hinzugerechnet werden sollten die Beiträge zur Kranken-, Pflege- und/oder Rentenversicherung. Eine Staffelung des Tagegeldes ist auch hier nur im Einzelfall sinnvoll.

Rat: Achten Sie darauf, dass Sie ein privates Krankentagegeld ohne weitere Gesundheitsprüfung erhöhen können, wenn Ihr Einkommen steigt.

Anmerkung: Während des Bezugs von Krankengeld müssen GKV-Versicherte keine Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichten, sondern nur zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. PKV-Versicherte hingegen haben ihre Beiträge zur PKV weiter zu zahlen.

21. Krankenversicherungsschutz im Ausland?

Privatversicherte: Innerhalb Europas besteht für sie zeitlich unbegrenzt Versicherungsschutz (Europageltung). Darüber hinaus besteht weltweit im ersten Monat eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz. Ist über diesen Zeitraum hinaus eine Heilbehandlung im Ausland medizinisch notwendig, so besteht für längstens weitere zwei Monate Versicherungsschutz. Dies setzt jedoch voraus, dass Sie die Heimreise aus Gesundheitsgründen nicht antreten können.

Darüber hinaus wird der Versicherungsschutz bei längeren Auslandsreisen von einigen Versicherern mit oder ohne besondere Vereinbarung sowie gegebenenfalls gegen Zahlung eines Prämienzuschlages zeitlich ausgedehnt.

Sehen die Tarife Leistungen für einen medizinisch notwendigen Krankentransport nach Deutschland vor, werden die Mehrkosten erstattet, die über die Kosten einer planmäßigen Rückreise hinaus entstehen.

Medizinisch notwendig bedeutet hier, dass bei der Erkrankung oder Unfall im Ausland dort die medizinisch notwendige Versorgung nicht sichergestellt ist.

Enthält die private Krankenversicherung keine Leistungen für den Rücktransport, ist eine zusätzliche Auslandsreise-Krankenversicherung unbedingt zu empfehlen. Für Privatversicherte kann diese auch empfehlenswert sein, um einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht zu gefährden. Auch wenn ein hoher Selbstbehalt vereinbart ist, kann sich der zusätzliche Auslandsschutz rechnen.

GKV-Versicherte: Versicherungsschutz haben Mitglieder der GKV bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland, wie zum Beispiel im Urlaub. Allerdings nur, wenn ein Sozialversicherungsabkommen mit dem Gastland besteht. Das gilt für die meisten europäischen Staaten und einige weitere Länder wie Israel, Türkei und Tunesien. GKV-Versicherte müssen nachweisen, dass sie in Deutschland krankenversichert sind. Dafür stellt die GKV ihren Versicherten die so genannte European Health Insurance Card (EHIC) aus.

Die Leistungen richten sich nach den Regelungen des Urlaubslandes. Sie werden also genauso behandelt wie ein Einheimischer. Das kann geringere Leistungen sowie höhere Zuzahlungen zur Folge haben. Außerdem kommt es in einigen Ländern vor, dass Sie die Behandlungskosten zunächst selber tragen müssen. Immer wieder gibt es Probleme mit der Akzeptanz der Auslandskrankenkarte.

Muss der GKV-Versicherte die Rechnung im Ausland bezahlen, kann er die Belege später bei der GKV in Deutschland einreichen. Diese erstattet aber nur die Kosten, die bei einer Behandlung in Deutschland entstanden wären. So ist es möglich, dass Sie auf einem Teil der Kosten sitzen bleiben. Die Kosten für einen Rücktransport übernehmen die Kassen nicht.

Anmerkung: Wer als GKV-Versicherter für eine geplante ambulante Behandlung ins EU-Ausland fährt, benötigt keine Genehmigung von seiner Krankenkasse. Bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt dagegen muss die Übernahme der Kosten vorher von der Kasse genehmigt werden.

Reisen GKV-Versicherte ins Ausland, ist eine Auslandsreise-Krankenversicherung empfehlenswert. In Ländern, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht, ist sie ein absolutes Muss.

Tipp: Informieren Sie sich bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse über die Besonderheiten im Urlaubsland. Merkblätter für einzelne Urlaubsländer können Sie auch von der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (www.dvka.de) bekommen.

Rat: Wenn Sie wegen Ihres hohen Alters keine Auslandsreise-Krankenversicherung mehr abschließen können, gilt: Die gesetzliche Krankenversicherung kann ausnahmsweise bis zu sechs Wochen jährlich Behandlungskosten auch in Ländern übernehmen, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht. Voraussetzung ist, dass eine sofortige Behandlung notwendig ist, die auch im Inland möglich wäre.

Nicht übernommen werden Kosten, wenn Sie speziell für eine Behandlung ins Ausland reisen. Außerdem muss die Krankenkasse vor der Abreise festgestellt haben, dass Sie nachweislich keine Auslandsreise-Krankenversicherung erhalten. Setzen Sie sich daher am besten frühzeitig mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung.

Auch in dem Fall, dass ein PKV-Unternehmen wegen Vorerkrankungen keinen Krankenversicherungsschutz gewährt, kann dieselbe Leistungspflicht der GKV bestehen.

Auslandsreise-Krankenversicherung

Die Auslandsreise-Krankenversicherung gewährleistet bei akuten Erkrankungen und Unfällen weltweit im Ausland die freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses. Allerdings sehen nur einige wenige PKV-Versicherer keine Einschränkungen der Leistungspflicht nur auf „akute“ oder „unvorhersehbare“ Erkrankungen vor. Erstattet werden die notwendigen Behandlungen beim Arzt und Zahnarzt, Krankenhausaufenthalte, Operationen und Medikamente. Auch werden die Kosten für den Transport nicht nur innerhalb des Urlaubslandes, sondern auch für einen medizinisch notwendigen Rücktransport nach Deutschland übernommen. Nur wenige Gesellschaften bezahlen den Rücktransport auch dann, wenn er nach Ansicht des Arztes aus anderen, etwa aus sozialen Gründen sinnvoll ist. Achtung: Kein Anspruch auf Leistung besteht dagegen, wenn Sie für eine geplante Behandlung ins Ausland reisen. Zahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden angerechnet.

Sie haben die Wahlmöglichkeit zwischen einer Jahrespolice oder einem Vertrag nur für eine Reise. Die maximale Reisedauer darf oftmals 42 Tage nicht überschreiten. Wer einen längeren Auslandsaufenthalt plant, muss eine spezielle Auslandsreise-Krankenversicherung abschließen. Etwa die Hälfte der PKV-Unternehmen sehen Altersgrenzen vor. Sie nehmen Personen nur bis zu einem bestimmten Eintrittsalter auf. Es erfolgt eine Aufteilung der Kunden nach Altersklassen. Senioren zahlen einen höheren Beitrag.

Einschränkungen gibt es zum Beispiel für Schwangere. Für Untersuchungen wegen einer Schwangerschaft, für Entbindung oder für Schwangerschaftsabbruch wird nicht gezahlt, außer bei akut auftretenden Komplikationen. Wer bereits bei Antritt der Reise mit Behandlungskosten im Ausland rechnen muss, sollte unbedingt vor Reiseantritt mit dem Versicherer klären, ob und inwieweit die anfallenden Kosten übernommen werden.

Die Beiträge für eine Auslandsreise-Krankenversicherung sind gering und liegen bei günstigen Versicherern zwischen acht und 12 Euro für eine Jahrespolice. Ein Selbstbehalt lohnt sich bei diesen geringen Beiträgen nicht. Günstige Familienversicherungen kosten zwischen 15 und 22 Euro im Jahr. Der Jahresvertrag ist meistens nur geringfügig teurer als die Police für eine einzelne Reise. Dieser hat zudem den Vorteil, dass Sie nicht immer wieder

einen neuen Vertrag abschließen müssen und auch bei einer spontanen Reise abgesichert sind.

22. Problemfälle

Beim Abschluss einer privaten Krankenversicherung müssen Sie Ihren Gesundheitszustand detailliert beschreiben. Auch müssen Sie Ihre Ärzte benennen und sie von ihrer Schweigepflicht entbinden. Im Leistungsfall kann der Versicherer mit Hilfe der Krankengeschichte überprüfen, ob Sie bei Vertragsbeginn Vorerkrankungen verschwiegen haben.

Die PKV nimmt Sie nur problemlos auf, wenn Sie absolut gesund sind. Bestehen bei Antragstellung Vorerkrankungen, entscheidet die PKV, ob sie den Antrag ablehnt oder gegen Beitragszuschlag annimmt. Auch kann die PKV Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Der PKV-Vertrag kommt aber nur zustande, wenn Sie mit dem Beitragszuschlag oder dem Leistungsausschluss einverstanden sind. Eine Ausnahme hiervon besteht wegen des Annahmewangs des Versicherers seit 2009 für den Basistarif.

Die Zustimmung zu einem Leistungsausschluss birgt allerdings unkalulierbare finanzielle Risiken: Werden Arztbesuche, Arzneimittel oder Operationen wegen einer Krankheit erforderlich, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, müssten Sie diese Kosten selbst bezahlen. In der GKV dagegen spielt Ihr Gesundheitszustand für die Beitragskalkulation keine Rolle. Jede Krankenkasse muss auch schwer Kranke aufnehmen.

BdV-Tipp: Bitte bei den Gesundheitsangaben nichts verschweigen. Bei falschen oder fehlenden Angaben kann der PKV-Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Der Rücktritt des Versicherers ist noch bis zu drei Jahre nach Vertragsschluss möglich. Das Anfechtungsrecht wegen arglistiger Täuschung über den Gesundheitszustand bleibt dem Versicherer aber bis zehn Jahre nach Antragstellung erhalten.

Achtung: Die Rückkehr in die GKV ist ausgeschlossen.

Die Abrechnung der Kosten und eine rechtliche Durchsetzung von Ansprüchen der Versicherten im Streitfall erfolgt in der GKV und in der PKV sehr unterschiedlich. Der Kassenpatient legt normalerweise seine Krankenkassenskarte vor und Arzt oder Krankenhaus rechnen damit die Leistungen über Verrechnungsstellen mit der Krankenkasse ab.

Was der Kassenarzt verordnet, wird von der Kasse bezahlt. Im Zweifel können Kassenpatienten gegen Entscheidungen ihrer Krankenkasse Widerspruch einlegen. Hat der Widerspruch keinen Erfolg, kann beim Sozialgericht Klage erhoben werden. Gerichtskosten fallen für Versicherte nicht an. Anwaltskosten fallen erst beim Bundessozialgericht an, wenn der GKV-Versicherte verliert, weil dort Anwaltszwang besteht.

Ein Privatversicherter schließt unter anderem mit Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern Verträge ab und ist deren Kostenschuldner. Er bekommt seine Rechnungen von Apotheken, Ärzten und Krankenhäusern und muss die Erstattung von seiner PKV verlangen.

Dabei kann es durchaus zu Problemen kommen: Besonders, wenn PKV-Tarife geringere Erstattungssätze für die privatärztliche Behandlung vorsehen als der Arzt nach der Gebührenordnung in Rechnung stellen darf. Oft kürzt die PKV Erstattungsbeträge oder verweigert die uneingeschränkte Erstattung mit Begründungen wie, die Behandlung sei medizinisch nicht oder nicht in diesem Umfang erforderlich gewesen.

In solchen Fällen muss der Privatversicherte vor Gericht ziehen. Zuständig sind je nach Höhe des Streitwertes Amts- oder Landgerichte. Es fallen Gerichtskosten an und ab den Landgerichten kommen noch Anwaltskosten hinzu, weil sich der Versicherte dann von einem Anwalt vertreten lassen muss. Verliert der Versicherte den Prozess, muss er diese Kosten selber tragen.

Der Bundesgerichtshof hatte 2003 zu Gunsten der PKV-Versicherten entschieden, dass der Begriff der medizinisch notwendigen Heilbehandlung keine Beschränkung auf die kostengünstigste Behandlung enthält. Das Kürzungsrecht des PKV-Versicherers bei so genannten Übermaßbehandlungen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen, erstreckt sich nicht auch auf eine Übermaßvergütung. Achtung: Das neue Versicherungsvertragsgesetz hat aber den PKV-Versicherern wieder eine Möglichkeit der Leistungskürzung eingeräumt. Es lässt ausdrücklich „Wirtschaftlichkeitserwägungen“ bei der Abrechnung zu. So kann der Versicherer trotz medizinischer Notwendigkeit Erstattungen kurzerhand zusammenstreichen.

Anmerkung: Bei Fragen und Beschwerden zu Ihren privatärztlichen Rechnungen können Sie sich an die jeweilige Ärztekammer oder Zahnärztekammer Ihres Bundeslandes wenden. Dort wird überprüft, ob die Arztrechnung entsprechend der Gebührenordnung erstellt wurde. Zur Klärung des

Sachverhaltes kann die Ärztekammer Gutachten anfordern. Eine Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung erfolgt nicht.

23. Worauf müssen Beamte achten?

Beamte haben einen Beihilfeanspruch. Die Beihilfe ist ein Zuschuss des Dienstherrn zu den Gesundheitskosten seiner Bediensteten. Die Beihilfe übernimmt einen bestimmten prozentualen Anteil von den Krankheitskosten. Er ist abhängig vom Familienstand und dem jeweiligen Beihilfesystem des Landes oder des Bundes.

Ledige Beamte erhalten 50 Prozent Beihilfe, ein nicht berufstätiger Ehepartner 70 Prozent und die Kinder 80 Prozent. Hat der Beamte zwei oder mehr Kinder, bekommt er selbst auch 70 Prozent. Um die Kostenabdeckung von 100 Prozent zu erreichen, muss der Beihilfeberechtigte bei den PKV-Versicherern Restkostentarife mit den jeweils erforderlichen Prozentsätzen abschließen.

Eigentlich ist es nicht möglich, dass sich Beamte in der GKV versichern, weil sie nach dem Sozialgesetzbuch versicherungsfrei sind. Die gesetzlichen Krankenkassen wenden aber „einen Trick“ an und behandeln Beamte wie Selbstständige, so dass sich Beamte freiwillig in der GKV versichern können. Eine freiwillige GKV kommt für Beamte nur selten in Frage, weil sie dann den vollen Beitragssatz in der GKV selber aufbringen müssten.

Der Dienstherr übernimmt also nicht den halben Anteil am Beitrag und auch der Beihilfeanspruch entfällt. Nur in wenigen Ausnahmefällen kann für Beamte eine freiwillige Versicherung in der GKV die richtige Lösung sein: Wenn eine Familie viele Kinder hat und/oder wenn wegen Vorerkrankungen der Beitrag sehr hoch ist. Für Beamte ist daher meistens eine private Krankenversicherung sinnvoll.

Viele private Krankenversicherer haben sich zu einem „freiwilligen Annahmezwang“ verpflichtet. Diese Versicherer dürfen maximal einen Risikozuschlag von 30 Prozent bei Vorerkrankungen erheben. Ein Leistungsausschluss oder eine Ablehnung erfolgt nicht. Diese Regelung können alle Beamtenanfänger nutzen, wenn sie den Antrag spätestens innerhalb eines halben Jahres nach Verbeamtung stellen.

Beamte auf Widerruf (Beamtenanwärter) gelten nicht als Beamtenanfänger. Für Familienangehörige gilt diese Frist entsprechend, wenn sie bei der Beihilfe berücksichtigungsfähig sind. Die Frist von einem halben Jahr darf nicht versäumt werden.

Seit Januar 2005 besteht auch für bisher in der GKV versicherte Beamte und deren Angehörige die Möglichkeit, jederzeit gegen einen Zuschlag von maximal 30 Prozent wegen Vorerkrankungen in die PKV zu wechseln. Voraussetzung: Bereits am 31. Dezember 2004 bestand ein Dienstverhältnis – außer einem Beamtenverhältnis auf Widerruf.

Im Ruhestand erhöht sich der Beihilfeanspruch auf 70 Prozent, wodurch die Beiträge zur privaten Krankenversicherung sinken.

Für nicht beihilfefähige Restaufwendungen – wie zum Beispiel bei Brillen, Material- und Laborkosten für Zahnersatz – kann ein Beihilfeergänzungstarif abgeschlossen werden.

Der Beihilfesatz ändert sich, wenn die Kinder nicht mehr beihilfeberechtigt sind oder auch bei Scheidung. Immer wenn sich der Beihilfesatz ändert, muss der PKV-Schutz entsprechend erhöht oder gesenkt werden. Verlangt der privat krankenversicherte Beamte eine solche Änderung, verzichtet der Versicherer ausnahmsweise auch bei Erhöhung des Versicherungsschutzes auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

Voraussetzung: Die Anpassung des Versicherungsschutzes erfolgt innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfesatzes. Die PKV-Versicherer dürfen weder Risikozuschläge, Ausschlüsse oder eine Ablehnung vornehmen. Diese Regelung gilt nicht bei Gewährung von Krankenversicherungsschutz im Basistarif, der seit Januar 2009 eingeführt ist.

Das Tarifwechselrecht innerhalb desselben Versicherers gilt auch für Beamte. Ein Wechsel in den Standardtarif (nur für vor 2009 Privatversicherte) und in den Basistarif ist ebenfalls möglich. Allerdings können nur noch Beamte in den Standardtarif wechseln, die schon vor 2009 privat versichert waren. Der Beitrag ist hier begrenzt auf den Prozentsatz des Höchstsatzes der GKV, der im Basistarif abzuschließen ist. Beispiel: Beihilfe 70 Prozent und PKV-Basistarif 30 Prozent = rund 168 Euro Monatsbeitrag (2010).

Beamtenanwärter

Für Beamtenanwärter gibt es besonders günstige Anwärtertarife. Im Leistungsumfang unterscheiden sie sich entweder gar nicht oder nur unwesentlich von den Normaltarifen für Beamte. Beispiel: Der durchschnittliche Beitrag für einen Referendar in Hamburg mit Beihilfeanspruch von 50 Prozent im Alter von 26 Jahren in der PKV liegt bei 50 bis 110 Euro monatlich. Eine Referendarin zahlt zwischen 70 bis 150 Euro. Die Unterbringung im Zweibettzimmer und die Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlung im Krankenhaus ist eingeschlossen. In der GKV ist je nach Beitragssatz der Krankenkasse bei Referendarbezügen von beispielsweise 1.000 Euro ein Monatsbeitrag von rund 150 Euro zu zahlen.

Beamtenanwärter müssen sich vor Beginn ihrer Ausbildung oder ihres Referendariats entscheiden, ob sie sich erst mal weiter freiwillig in der GKV versichern oder gleich privat. Im Normalfall ist die private Krankenversicherung die bessere Lösung. Wenn allerdings nach Ende der Ausbildung keine Übernahme in ein Beamtenverhältnis erfolgt, ist eine Rückkehr in die GKV nur möglich, wenn ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis besteht oder eine Familienversicherung begründet werden kann. Sonst muss die private Krankenversicherung innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall des Beihilfeanspruches auf 100 Prozent aufgestockt werden, um einer erneuten Gesundheitsprüfung zu entgehen.

Außerdem sollten Beamtenanwärter bei der Wahl des PKV-Versicherers immer neben den Beamtenanwärter-Beiträgen auch die danach geltenden Beiträge der normalen Tarife für Beamte berücksichtigen.

Angestellte im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch

Einen Beihilfeanspruch können auch beamtenähnliche Personen, also Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, haben. Die Höhe ihres Gehalts ist für eine solche Versicherungsfreiheit ohne Bedeutung. Dadurch können auch Beschäftigte, die an sich in der GKV versicherungspflichtig wären, beihilfeberechtigt werden. Dem öffentlich Bediensteten müsste dann für die Versicherungsfreiheit im Krankheitsfall Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften zustehen. Weil für sie die beamtenrechtlichen Regelungen nicht unmittelbar gelten, können sich solche Ansprüche nur aus einer arbeits- oder tarifrechtlichen Vereinbarung ergeben.

Eine solche Möglichkeit bieten während des Berufslebens manche öffentliche Arbeitgeber ihren Beschäftigten an. Diese erhalten die vollen Beihilfeansprüche wie ein Beamter statt des üblichen Arbeitgeberzuschusses. Das birgt aber folgendes Problem: Bei einem Angestellten im öffentlichen Dienst entfällt im Rentenalter der Beihilfeanspruch. Ein Wechsel in die GKV ist nicht mehr möglich. Diese Angestellten wären somit gezwungen, im Alter die bisherigen Beihilfetarife auf Tarife mit einem Krankenversicherungsschutz zu 100 Prozent umzustellen. Für die Erhöhung der Tarife würde das dann gültige Eintrittsalter mit entsprechend hoher Prämie zu Grunde gelegt. Zur Vermeidung einer erneuten Gesundheitsprüfung und Wartezeit für den erhöhten Teil des Versicherungsschutzes müsste ein solcher Antrag unbedingt innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall der Beihilfeberechtigung gestellt werden. Das gilt nicht im Fall der Gewährung des Versicherungsschutzes im Basistarif. Die Beihilfe-Lösung für Angestellte im öffentlichen Dienst ist daher kaum empfehlenswert.

24. „Jungärzte“ (Ärzte und Zahnärzte)

Einige PKV-Versicherer bieten für „Jungärzte“ zum Teil sehr günstige Einstiegsstarife an. Diese Tarife sind jedoch zeitlich befristet und werden spätestens im Alter von 35 Jahren auf die wesentlich teureren Normaltarife umgestellt.

Auch für angestellte Ärzte und Zahnärzte ist ein Wechsel in die PKV nur bei einem Jahresarbeitsentgelt von über 49.950 Euro (2010) in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren zulässig oder unabhängig davon für Freiberufler. Sollte der Wechsel in die PKV erwogen werden, sind neben den Beiträgen für „Jungärzte“ auch die danach geltenden Beiträge des normalen Arzttarifes in die Entscheidung einzubeziehen.

25. Tipps und Bemerkungen

Beachten: Lassen Sie sich nicht von momentan günstigen Beiträgen täuschen. Bedenken Sie die Tragweite, die ein Wechsel in die PKV in sich birgt. Lassen Sie sich nicht von Vermittlern „überreden“. Neutrale, unabhängige und individuelle Beratung bekommen Sie beispielsweise beim Bund der Versicherten (BdV).

Berechnen: Eine gute Alternative zur PKV ist die GKV, ergänzt mit einer Krankenhaus-Zusatzversicherung. So bekommen Kassenpatienten zum

Beispiel einen „Komfortschutz“ im Krankenhaus mit Unterbringung im Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung. Für ein Ehepaar im Alter von 30 Jahren mit zwei Kindern kostet das durchschnittlich etwa 75 Euro im Monat. Damit kommen mit dem GKV-Höchstbeitrag für freiwillige Mitglieder etwa 635 Euro zusammen. Davon sind aus eigener Tasche etwa 370 Euro zu zahlen. Dagegen muss eine vergleichbare Familie bei einer durchschnittlichen PKV-Monatsprämie von rund 1.200 Euro rund 940 Euro selbst bezahlen (zuzüglich Selbstbeteiligungen, falls vereinbart).

Klarer Fall – PKV:

Für Beamte lohnt sich eine private Krankenversicherung für den prozentualen Anteil, der zusätzlich zur Beihilfe erforderlich ist. Dies gilt vielfach auch für Beamtenehepaare mit Kindern.

Immer Single: Eine private Krankenversicherung könnte unter Umständen für einen „ewigen Junggesellen“ sinnvoll sein, der schon früh ganz sicher ist, dass er nie heiraten und Kinder haben wird. Dennoch ist auch für einen „lebenslangen“ Single nicht unbedingt die PKV die bessere Lösung, weil mit zunehmendem Alter – auch im Rentenalter – die Beiträge sehr stark steigen. In der GKV sinken sie dagegen wegen des häufig geringeren Einkommens.

Selbst Singles sollten vor allem ihren Verbleib in der GKV erwägen. Ob der Single durch Anlage seiner zumindest anfänglich niedrigeren PKV-Beiträge die zukünftigen Beitragssteigerungen auffangen kann, ist äußerst fraglich.

Kinderlose: Eine private Krankenversicherung kann möglicherweise für ein kinderloses und berufstätiges Ehepaar sinnvoll sein. Wie beim „lebenslangen“ Singles sollten auch kinderlose Ehepaare vorrangig ihren Verbleib in der GKV erwägen.

Klarer Fall – GKV:

Familien mit Kindern sind mit der gesetzlichen Krankenkasse immer besser bedient, besonders wenn nur ein Elternteil verdient und/oder mehrere Kinder vorhanden sind.

Absicherung: Jeder muss mit Berufsunfähigkeit rechnen. Für PKV-Versicherte bleibt der Beitrag zunächst gleich und steigt zukünftig. GKV-Versicherte können wegen der dann meist geringeren Einkünfte mit einer Beitragsenkung rechnen. Eine private Berufsunfähigkeitsversicherung sollte jeder abschließen, egal ob GKV- oder PKV-versichert.

Früher an später denken: Privatversicherte müssen im Alter mit höheren Beiträgen rechnen. Das Geld, das sie durch den anfänglich niedrigeren PKV-Beitrag einsparen, sollten sie unbedingt anlegen. Aber nicht in private Lebens- und Rentenversicherungen oder Beitragsentlastungstarife (Vorsorgetarife) der PKV-Versicherer stecken.

Tipp: Besser geeignet ist zum Beispiel eine Geldanlage in Investmentfonds und/oder festverzinsliche Wertpapiere sowie auch Banksparrpläne.

Familienplanung: Für junge Leute ist die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse gleichzeitig die Option auf die künftige Mitversicherung der ganzen Familie. Außerdem bedeutet sie eine bezahlbare Versorgung als Rentner, weil sich der Beitrag nach dem Einkommen richtet. Das gilt auch für die Pflegepflichtversicherung.

Rat: Wer als GKV- oder PKV-Versicherter seine Krankenversicherung kündigen will, um in die PKV oder zu einem anderen PKV-Unternehmen zu wechseln, sollte nicht voreilig handeln. Die Kündigung darf erst dann vorgenommen werden, wenn ein neuer Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen ist. Aufgrund der Gesundheitsreform kann ein PKV-Versicherter nur dann seinen alten Vertrag kündigen, wenn er bei einem anderen PKV-Unternehmen den Abschluss eines neuen Vertrages nachweist.

26. Beim BdV gibt's guten Rat

Wenn Sie Fragen zu privaten Krankenversicherungen oder zu anderen privaten Versicherungen haben, wenden Sie sich einfach an den Bund der Versicherten (BdV). Der 1982 gegründete BdV ist mit mehr als 50.000 Mitgliedern Deutschlands größte gemeinnützige und unabhängige Verbraucherschutzorganisation seiner Art. Unsere Mitglieder bekommen kostenlosen Rat und Auskünfte von unseren Juristen und zugelassenen Versicherungsberatern zu allen Versicherungsfragen.

Sie können sich außerdem zu sehr günstigen BdV-Gruppenversicherungen anmelden und dabei viel Geld sparen.

Beitragsbeispiele Jahresbeiträge

Privathaftpflicht (mit 150 Euro Selbstbeteiligung, SB) ab 33 Euro

Hausrat 100.000 Euro (je nach ZONE und SB) ab 81 Euro

Wohngebäude 22.000 M (Wert 1914 je nach ZONE und SB) rund 145 Euro

Unfall 100.000 Euro bei Grundinvalidität mit Progression, Kinder 44 Euro, Frauen 58 Euro, Männer (je nach Beruf) ab 58 Euro

Rechtsschutz (mit 500 Euro SB) Verkehrs-RS 25 Euro
Privat-/Berufs-/Verkehrs-RS 80 Euro

Risikolebensversicherung

für 30-jährigen Mann

- 100.000 Euro bei Tod ohne Berufsunfähigkeitsrente ab rund 153 Euro (Endalter 65 Jahre)
- mit monatlicher Berufsunfähigkeitsrente für einen kaufmännischen Angestellten 1.000 Euro ab rund 417 Euro (Todesfallschutz 12.000 Euro – Endalter 65 Jahre)

Tipp: Besuchen Sie unsere Internetseite unter www.bunddersicherten.de, auf der Sie kostenlos zu allen Versicherungsfragen Informationen, Materialien sowie Broschüren lesen und downloaden können. Auch über die Vorzüge einer Mitgliedschaft erfahren Sie hier mehr.

Kontakt zu uns aufnehmen können Sie telefonisch, per E-Mail oder per Post:

Bund der Versicherten e.V.

Postfach 11 53, 24547 Henstedt-Ulzburg

Telefon 04193-94222, Fax 04193-94221

E-Mail: info@bunddersicherten.de

Weitere Informationen

Haben Sie noch Fragen?

Hier finden Sie viele Kontaktdaten, die Sie weiterbringen können.

Für Fragen rund um private Versicherungen und die BdV-Mitgliedschaft:

Bund der Versicherten e. V. (BdV)

Postfach 11 53

24547 Henstedt-Ulzburg

Telefon: 041 93-942 22 (für Nichtmitglieder)

Telefon: 041 93-99 04-0 (für Mitglieder)

Fax: 041 93-942 21

E-Mail: info@bunddersicherten.de

Internet: www.bunddersicherten.de

Für BdV-Gruppenversicherungen:

BdV Mitgliederservice GmbH

Postfach 15 37

24551 Henstedt-Ulzburg

Telefon: 041 93-75 48 97

Fax: 041 93-75 48 98

E-Mail: info@bdv-service.de

Internet: www.bdv-service.de

Beschwerden können Sie sich bei:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn

Telefon: 02 28-410 80

Fax: 02 28-41 08 15 50

Verbrauchertelefon: 02 28-29 97 02 99

E-Mail: poststelle@bafin.de

Internet: www.bafin.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Telefon: 01802-55 04 44 (0,06 Euro pro Anruf aus dem deutschen Festnetz, mobil ggf. abweichend)

Fax: 030-20 45 89 31

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Für GKV-Versicherte:

Bundesversicherungsamt für GKV

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Telefon: 02 28-619-0

Fax: 02 28-619-18 70

E-Mail: poststelle@bva.de

Internet: www.bva.de

Hilfe bei Problemen mit der GKV können Sie erhalten bei:

Unabhängige Patientenberatung (UPD):

Telefonhotline: 0800-011 77 22 (kostenfrei)

www.unabhaengige-patientenberatung.de

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Wurzerstraße 4 a

53175 Bonn

Telefon: 02 28-820 93-0

Telefax: 02 28-820 93-43

E-Mail: kontakt@vdk.de

Internet: www.vdk.de

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Stralauer Str. 63

10179 Berlin

Telefon: 030-72 62 22-0

Telefax: 030-72 62 22-311

E-Mail: contact@sozialverband.de

Internet: www.sovd.de

Bundesverband der Rentenberater e.V.

Postfach 26 01 50

50514 Köln

Telefon: 02 21-240 66 42

Telefax: 02 21-240 69 46

E-Mail: info@rentenberater.de

Internet: www.rentenberater.de

Bei Fragen zur GKV wegen eines Auslandsaufenthaltes können Sie sich wenden an die:

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) GKV-Spitzenverband

Mittelstr. 51

10117 Berlin

Telefon: 030-20 62 88-0

Telefax: 030-20 62 88-88

E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de

Internet: www.dvka.de

Noch mehr Anlaufstellen ...

Bürgertelefon zur gesetzlichen Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit

Telefon: 01805-99 66 02 (0,14 Euro/Minute aus dem deutschen Festnetz, mobil ggf. abweichend)

Helga Kühn-Mengel

Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Telefon: 030-184 41-34 20

Telefax: 030-184 41-34 22

E-Mail: info@patientenbeauftragter.de

Internet: www.patientenbeauftragter.de

Stichwortverzeichnis

- Akutkrankenhaus 37
Ambulante Vorsorgeuntersuchung 33
„amtliches Merkblatt“ 19
Angestellte 47 ff, 51
Annahmewang 11, 27, 43, 45
Anschlussheilbehandlung (AHB) 37
Anwartschaftsversicherung 27
Arbeitslos 8, 25 ff
Arbeitslosengeld II 8, 26
Arzneimittel 11, 32 ff, 43
Ärztammer 44
Auslandsreise-Krankenversicherung 40 ff
Auslandsrückkehrer 18
- Beamte 6, 13, 38, 45 ff
Beamte auf Widerruf (Beamtenanwärter) 46
Beihilfe 13, 45 ff
Beitragsbefreiung 25
Beitragsbemessungsgrenze 7, 21, 28, 34, 36, 38 ff
Beitragsfrei mitversichert 7, 20, 22
Beitragsfreiheit 25
Beitragssteigerung 8, 49
Beitragszuschlag 14, 28, 43
Beitragszuschuss 21, 28
Berufsunfähigkeit 25, 49
Brillen und Kontaktlinsen 29, 34, 46
Brutto-Verdienst 8
- Chefarztbehandlung 10, 29, 49
- Ein- oder Zweibettzimmer 10, 21, 23, 29, 32 ff, 47, 49
Erwerbsunfähigkeit 25
Erziehungsurlaub 23
- Fahrtkosten 36
Familien 7, 15, 22 ff, 28, 30, 45 ff, 49 ff
Familierversicherung 22, 28, 42, 47
Freiwillig GKV-Versicherte 14, 25 ff, 37 ff, 46, 49, 53

Gebührenordnung 10, 12, 31, 44
Gemischte Krankenanstalt 37
Gesundheitsfonds 7
Gesundheitsprüfung 20, 26 ff, 39, 46 ff
Gesundheitsreform 50
Gesundheitszustand 20 ff, 43
GKV-Pflichtversicherte 7, 27 ff, 38
GOÄ 12
GOZ 12

Haushaltshilfe 13, 35
Häusliche Krankenpflege 35 ff
Heilmittel 34
Heilpraktiker 11, 31, 35
Hilfebedürftigkeit 9, 12, 13, 19
Hilfsmittel 29, 34
Höchstbeitrag 10, 12, 49

Jahresarbeitsentgeltgrenze 7 ff, 23, 27
Jungärzte 48

Kapitaldeckungsverfahren 14, 20
Kieferorthopädie 35
Kinderlose 36, 49
Kindernachversicherung 24
Kontrahierungszwang 11, 24
Krankengeld 13, 25, 34, 38 ff
Krankenhausbehandlung 33, 36 ff
Krankentagegeld 21, 23, 25, 29, 34, 37 ff
Kur- und Sanatoriumsbehandlung 37

Leistungsausschluss 9, 18, 43, 45
Lohnfortzahlung 38

Mehrleistungen 9
Mutterschaftsgeld 13, 34
Mutterschutz 23

Nichtversicherte 18

Pflegepflichtversicherung 36

Pflicht zur Krankenversicherung 18
PKV-Bestandskunden 12, 17
PKV-Neukunden 9, 12, 17
Portabilität 15
Prämienzuschlag 19, 40
Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung 20
Prinzipien der privaten Krankenversicherung 20
Problemfälle 43
Psychotherapie 32

Referendar/Referendarin 47
Rentner 6, 8, 27 ff, 50
Risikoausschlüsse 11
Risikoprüfung 27
Risikozuschlag 9, 18, 24, 45 ff
Rücktransport 40 ff
Rücktritt 43

Selbstständige 6, 22, 38 ff, 45
Sozialgericht 44
Sozialhilfe 12
Sozialversicherungsabkommen 36, 40 ff
Standardtarif 6, 9 ff, 27, 46

Tarifwechsel 9 ff, 17, 27, 46

Übermaßvergütung 44
Übertragbarkeit 15 ff
Übertragung 16 ff
Unkonventionelle Heilmethoden 35
Urlaub 40 ff

Verdienstauffall 38 ff
Versicherungsfrei 26, 45
Vorerkrankungen 42 ff, 45 ff

Wahltarife 30 ff, 39
Widerspruch 44

Zahnärztekammer 44
Zahnersatz 11, 29, 35, 46
Zusatztarif 17, 20

BdV – Wer ist das?

Der gemeinnützige Bund der Versicherten, kurz BdV, steht seit mehr als 25 Jahren für unabhängigen Verbraucherschutz. Als Deutschlands größte Verbraucherschutzorganisation für Versicherte (mehr als 50.000 Mitglieder) informieren wir nicht nur jedermann kostenlos mit Broschüren und Merkblättern.

Wir haben uns zudem durch Beteiligung an Gesetzgebungsverfahren, durch eine eigene Wissenschaftstagung sowie durch Verbandsklagen hinauf bis zu den höchsten deutschen Gerichten Kompetenz erworben.

Die Mitgliedschaft im BdV lohnt sich: Für Sie als Mitglied haben wir Antworten auf alle Ihre Fragen zum privaten Versicherungsrecht. Außerdem helfen wir Ihnen, wenn Sie nach einem Schadensfall Probleme mit Ihrem Versicherer haben. Die Mitgliedschaft kostet Sie im Jahr nur 40 Euro.

Ihr Partner kann die Vorteile Ihrer Mitgliedschaft vollständig mitnutzen. Sie können sich zudem bei der BdV Mitgliederservice GmbH über Gruppenversicherungsverträge versichern, die unter Verbrauchergesichtspunkten ausgehandelt worden sind.

Der BdV ist nie weiter weg als Ihr Telefon, der nächste Briefkasten, Ihr Faxgerät oder Ihr Computer. Sie können uns auch unter www.bunddersicherten.de im Internet besuchen.

Informationen des Bundes der Versicherten e. V.

Telefon: 04193-94222 (für Nichtmitglieder)

Telefon: 04193-9904-0 (für Mitglieder)

Fax: 04193-94221

info@bunddersicherten.de | www.bunddersicherten.de