



Private Krankenversicherung



Private Krankenversicherung

- 7----- Die private Krankenversicherung (PKV)
- 10----- Wartezeiten in der privaten Krankenversicherung
- 12----- Basistarif in der privaten Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung (PKV)

Die private Krankenversicherung (PKV) bietet im Unterschied zu der gesetzlichen Krankenversicherung eine Absicherung bei einem privatrechtlich organisierten Versicherungsunternehmen gegen z.B. Krankheitskosten. Ein Vertragsabschluss ist dabei z.B. von Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand, Einkommen und zu versichernder Leistung abhängig.

In der PKV können sich Personen versichern, für die keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht; also wenn das Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt sowie Beamte, Selbständige oder Freiberufler.

Die Beiträge sind dabei nicht vom Einkommen abhängig, dafür spielt das Eintrittsalter, ggf. die Berufsgruppe und der Gesundheitszustand eine Rolle. Der Gesundheitszustand kann dabei zu Risikozuschlägen bzw. zu Ausschlüssen oder der Ablehnung der Versicherung führen. Kontrahierungszwang besteht jedoch im Bereich des Basistarifs, den jede private Krankenversicherung anbieten muss.

Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung berücksichtigen auch gesetzlich vorgeschriebene Altersrückstellungen, um überproportionale Beitragsanstiege im Alter zu vermeiden. Seit dem Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2007 können die auf den Basistarif bezogenen Alterungsrückstellungen zum nächsten Krankenversicherer mitgenommen werden.

In der privaten Krankenversicherung kann die Vertragsgestaltung in Bezug auf Leistungen oder Beiträge bzw. Beitragsrückerstattungen unterschiedlich ausgestaltet sein.

Eine Beitragsrückerstattung kann gewährt werden, wenn der Versicherte, je nach Versicherungsanbieter unterschiedlich, einen gewissen Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen hat.

Der Versicherungsnehmer kann je nach seinen Bedürfnissen verschiedene Tarife individuell kombinieren, um für sich eine geeignete Absicherung zu gestalten. Dabei können verschiedene ambulante, zahnärztliche und stationäre Tarife kombiniert werden bzw. als Pakete angeboten werden. Dabei können auch Selbstbeteiligungen gewählt werden.

Die Leistungen der PKV unterscheiden sich darüber hinaus nach Gesellschaft und Tarif. Versicherbar sind z.B.

- Ein- oder Zweibett-Zimmer bei stationärer Behandlung,
- freie Wahl der Klinik,
- Behandlung durch den Chefarzt,
- Zahnersatz (Hochwertige Kronen, Füllungen und Prothesen),
- kieferorthopädische Behandlungen,
- Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen),
- alternative Behandlungsmethoden und Medikamente,
- zuzahlungsfreie Massagen und Physiotherapie oder
- Psychotherapie.

In der privaten Krankenversicherung gibt es keine kostenlose Familienversicherung wie in der gesetzlichen Krankenkasse. Deshalb ist für jedes Kind ein eigener Beitrag zu zahlen. Eltern, die unterschiedlich versichert sind, haben die Wahl zwischen den beiden Systemen. Ist der Elternteil mit dem höheren Einkommen in der PKV versichert, ist jedoch keine kostenlose Familienversicherung in der GKV möglich, vielmehr muss der Mindestbeitrag

COMFORT *Beihilfe*



intelligent – sicher – wirtschaftlich



Ihre private Krankenversicherung

- **100 % Absicherung zusammen mit Ihrer Beihilfe**
- **Individuell auf Ihre Beihilfe abgestimmt**
- **Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit**
- **Attraktive Beiträge besonders für Beamtenanwärter**

Private Krankenversicherung

entrichtet werden. Wird ein Kind privat krankenversichert, muss dies nicht zwangsläufig beim Versicherer der Eltern geschehen.

Wartezeiten in der privaten Krankenversicherung

Begriffsbestimmungen

Wartezeiten können die Leistungen in den ersten Monaten nach Versicherungsbeginn einschränken. In dieser Zeit werden nur Leistungen bei Unfall übernommen. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie gilt für alle ambulanten Leistungen, ob Arzt, Heilpraktiker, Medikamente, Brille, Massagen etc. und auch für Behandlungen im Krankenhaus. Nach den Musterbedingungen des PKV-Verbands betragen die besonderen Wartezeiten acht Monate. Diese gelten insbesondere für Zahnbehandlungen, Zahnersatz oder kieferorthopädische Leistungen. Bei manchen Versicherern werden sie auch verkürzt, z.B. bei Schwangerschaft und Psychotherapie.

Wechsel aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung

Die Wartezeiten werden erlassen, wenn man lückenlos aus der bestehenden Krankenversicherung übergeht und dabei mindestens die drei bzw. acht Monate versichert war. In den allermeisten Fällen sind sie daher ohne Bedeutung. Der Nachweis der entsprechenden Vorversicherung muss erbracht werden. Er kann sich ggf. auch auf mehrere Versicherer erstrecken, falls man kürzlich die Kasse gewechselt hat.

Wartezeit-Attest

Dies erfordert eine ausführliche ärztliche Untersuchung (nach einem Vordruck der jeweiligen Gesellschaft). Dies geht auf eigene Kosten und wird vom Arzt eigener Wahl gemacht. Vorzugsweise sollte dieser den Patienten bereits kennen. Ist man hiernach gesund, entfallen die Wartezeiten. Ein eventuell nötiger Risikozuschlag gefährdet den Wartezeit-Erlass nicht. Oft wird ein separates Attest vom Zahnarzt verlangt; daraufhin werden auch die acht Monate für die Zähne erlassen (bei manchen Versicherern gilt das nicht für Zahnersatz oder Kieferorthopädie).

Das ärztliche Attest kann je nach Versicherer einen unterschiedlichen Umfang verlangen. Einige Versicherer sind damit zufrieden, dass der Hausarzt die Zähne beurteilt. Dieses Attest muss zeitnah zum Antrag besorgt werden; idealerweise zusammen mit dem Antrag, jedoch nicht später als zwei Wochen danach.



Einige praktische Empfehlungen und Hinweise zur privaten Krankenversicherung:

■ Rücktrittsrecht/Widerrufsrecht

Eine Rücktrittserklärung von einem Versicherungsvertrag kann innerhalb von 14 Tagen nach Unterzeichnung des Vertrages erfolgen.

■ Wartezeit

In der Regel liegt zwischen Versicherungsabschluss und Eintritt des Versicherungsschutzes nach den jeweiligen Vertragsbedingungen (bei gewissen Zusatzleistungen) eine Wartezeit von drei Monaten. Vorversicherungszeiten werden jedoch in der Regel angerechnet. Für einzelne Leistungen können aber längere Wartezeiten gelten.

■ Vorerkrankungen

Der Versicherungsschutz wird gefährdet, wenn es der Versicherungsnehmer unterlässt, wesentliche Krankheiten anzugeben (Risikozuschlag).

■ Kündigung

Private Krankenversicherungsverträge sind in der Regel jederzeit – unter Beachtung einer Kündigungsfrist – durch den Versicherungsnehmer kündbar, frühestens jedoch zum Ende des ersten Versicherungsjahres (in bestimmten Zweigen auch zum Ende des zweiten Versicherungsjahres). Gebildete Altersrückstellungen können inzwischen zu anderen Anbietern in gewissem Umfang mitgenommen werden! Aufgrund der Versicherungspflicht sollte die Anschlussversicherung geklärt sein.

■ Kontrahierungszwang

Darunter ist die Verpflichtung des Versicherers zur Annahme von Versicherten auch mit Risiken zu verstehen (siehe oben), der sich die meisten Versicherungsunternehmen angeschlossen haben. Fragen Sie bei Ihrer Versicherung nach, ob sie diese Verpflichtung eingegangen ist.

■ Doppelversicherung

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer bereits bestehende Krankenversicherungen anzuzeigen (Begrenzung des Versicherungsschutzes auf insgesamt 100 Prozent).

■ Altersrückstellung

Private Krankenversicherer müssen 90 Prozent der über dem gesetzlichen Rechnungszins von 3,5 Prozent hinausgehenden Zinserträge der Altersrückstellung zuführen. Außerdem muss bei Neuabschluss seit dem 1. Januar 2000 ein Zuschlag von zehn Prozent auf alle Vertragsbestandteile zum Aufbau der Altersrückstellung erhoben werden.

■ Beitragsanpassung

Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch in der privaten Krankenversicherung Beitragsanpassungen möglich. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen lassen ihre Tarife einmal jährlich von unabhängigen Treuhändern kalkulieren. Bei Veränderungen von mehr als fünf Prozent nach oben oder unten wird der Tarif angepasst.

Erhöhung des Versicherungsschutzes

Wartezeiten entstehen meist auch bei späterer Erhöhung des Versicherungsschutzes und sollten dabei bedacht werden. Dann gelten die drei bzw. acht Monate nur für die Mehrleistungen und so lange gilt noch der alte Schutz. Mitunter wird auch für diesen Fall ein Wartezeit-Attest zugelassen. Mehr Informationen unter www.pkv.de



Beamtinnen und Beamte benötigen private Krankenversicherung

Der Beihilfeanspruch wird aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn (§ 80 IV Bundesbeamtengesetz) abgeleitet. Danach muss der Dienstherr Vorkehrungen dafür treffen, dass der amtsangemessene Lebensunterhalt des Beamten bei Eintritt besonderer finanzieller Belastungen durch Krankheits-, Pflege- und Geburtsfälle nicht gefährdet wird.

Es wird unterstellt, dass die Besoldung bereits Anteile zur Abwendung krankheitsbedingter Belastungen enthält. Die beamtenrechtliche Alimentation ist erst dann nicht mehr ausreichend, wenn sie infolge krankheitsbedingter Belastungen einen solchen Umfang erreicht, der die amtsangemessene Lebensweise des Beamten oder Versorgungsempfängers nicht mehr gewährleistet. Insofern ergibt sich aus diesen Grundsätzen des Alimentationsprinzips kein Anspruch auf einen vollen Aufwendungsersatz im Krankheitsfall. Beamte ohne ergänzenden Versicherungsschutz über die Beihilfe hinaus dürften daher die Ausnahme bilden; sind jedoch ab 01.01.2009 ebenfalls von der Versicherungspflicht umfasst.

Das Beihilfesystem stellt eine ergänzende Fürsorgeleistung des Dienstherrn dar, die nicht zum Kernbestand der hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums gehört. Der Dienstherr geht grundsätzlich davon aus, dass der Beamte sein Risiko im Krankheitsfall durch Abschluss einer privaten Restkostenversicherung minimiert.

Seit 2009 besteht eine Verpflichtung zum Abschluss einer ergänzenden Versicherung. Da der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte nur 50 Prozent (bei zwei und mehr Kindern 70 Prozent, für Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Ehegatten 70 Prozent) beträgt, müssen Beihilfeberechtigte zum Ausgleich der verbleibenden Restkosten eine private Krankenversicherung abschließen. Diese Versicherungstarife sind auf den jeweiligen Bemessungssatz der Beihilfe abgestellt. Dem Prinzip der ergänzenden Hilfsleistungen entspricht der Grundsatz, dass Mehrerstattungen durch Beihilfe ausgeschlossen sind (100-Prozent-Grenze).

Besonders gute und leistungsfähige Beihilfetarife bieten die Krankenversicherer im DBW. Mehr Informationen unter www.selbsthilfeeinrichtungen.de

Basistarif in der privaten Krankenversicherung

Die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, ab 01.01.2009 einen Basistarif anzubieten. Dieser soll eine soziale Schutzfunktion in der privaten Krankenversicherung ermöglichen. Die Leistungen entsprechen dabei grundsätzlich denen in der gesetzlichen Krankenversicherung; die Abrechnung erfolgt „privat“ zu vertraglich festgelegten Sätzen – in der Regel nach den Gebührenordnungen für Ärzte bzw. Zahnärzte. Dabei wurden



UNTERNEHMENSGRUPPE

MEDIGREIF
INSELKLINIKUM HERINGSDORF
HAUS GOTHENSEE

Meer für Ihre Gesundheit

Fachklinik für Kinder und Jugendliche

Kompetenzzentrum

für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit:

- Chronischen Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Adipositas und Diabetes mellitus
- Psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
- Atemwegserkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale
- Hauterkrankungen

Interdisziplinäres Team:

Die unter ärztlicher Leitung stehende, interdisziplinäre Betreuung übernimmt ein erfahrenes Team aus Fachärzten für Pädiatrie, Innere Medizin mit der Subspezialisierung als Diabetologe, Fachärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Dipl.-Psychologen, Dipl.-Pädagogen, Erzieherinnen, Krankenschwestern, Bewegungs-, Sport- und Kunsttherapeuten, Ernährungsberaterinnen und Diabetesberatern DDG.

**Wir verfügen über eine eigene
Klinikschule – fragen Sie nach unseren
Schwerpunktkursen!**

Kostenlose Service-Hotline:

0800 22 22 456

(Kostenlos aus dem dt. Festnetz, abweichende Mobilfunkpreise)

MEDIGREIF Inselklinik Heringsdorf GmbH Haus Gothensee
Setheweg 11 · 17424 Ostseebad Heringsdorf · Telefon: 038378 59-185 und -188
info@gothensee.medigreif-inselklinikum.de · www.inselklinik.de



Private Krankenversicherung

zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem PKV-Verband und den Beihilfekostenträgern folgende Sätze vereinbart:

- Persönlich-ärztliche Leistungen: max. der 1,2-fache Steigerungssatz,
- Medizinisch-technische Leistungen: max. der 1,0-fache Steigerungssatz,
- Laborleistungen: max. der 0,9-fache Steigerungssatz.

Für Leistungspositionen der GOZ gilt maximal der 2,0-fache Steigerungssatz.

Der Basistarif kann mit Zusatzversicherungen gekoppelt werden; dabei können bereits vorhandene Altersrückstellungen eingebracht werden.

Die Beiträge richten sich nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers – nicht nach seinem Gesundheitsstatus; Risikoausschlüsse oder -zuschläge erfolgen nicht. Die Beiträge sind für Einzelpersonen auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV (zukünftig zusätzlich dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag) beschränkt, dieser beträgt 2013 rund 612,32 Euro (Beamte / Versorgungsempfänger jeweils entsprechend dem Beihilfebemessungssatz).

Bisher konnten Versicherte bei einem Wechsel der Versicherung ihre Alterungsrückstellungen nicht übertragen, sondern mussten sie neu aufbauen. Dies wird mit zunehmendem Alter problematisch. Mit der Gesundheitsreform wird die Übertragbarkeit bereits gebildeter Alterungsrückstellungen erleichtert:

Wer innerhalb seiner privaten Krankenkasse in einen anderen Tarif, z.B. den Basistarif, wechselt, nimmt die Alterungsrückstellungen wie bisher im vollen Umfang mit. Wer im ersten Halbjahr 2009 in den Basistarif einer anderen privaten Kasse wechselt, nimmt die Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs zum neuen Versicherer mit.

Nach 18 Monaten können Sie in andere Tarife des gleichen privaten Krankenversicherungsunternehmens wechseln und die Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs erneut mitnehmen. Dies gilt auch für einen Wechsel in den Basistarif anderer privater Krankenversicherungsunternehmen nach 18 Monaten.

Neuversicherte, die vom 1. Januar 2009 an einen neuen Vertrag mit einer privaten Krankenversicherung abschließen, können bei einem späteren Versicherungswechsel unabhängig von der Art des gewählten Tarifs die Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs mitnehmen.

Es ist davon auszugehen, dass der Basistarif insbesondere für bislang Nichtversicherte und ältere Menschen oder kranke Menschen interessant ist. Da sich die Beiträge am Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren werden, wird sich der Basistarif nicht zum alternativen Billig-Tarif entwickeln. Insgesamt wurde der Tarif jedoch – wie auch andere Teile des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – im Juni 2009 vom Bundesverfassungsgericht bestätigt.