

FINANZTIP

Leistungen der privaten Krankenversicherung

Grundsätzlich gilt: Was in den Versicherungsbedingungen an Leistungen vereinbart ist, bleibt für die gesamte Vertragslaufzeit bestehen. Leistungskürzungen sind nicht möglich. Genauso gilt: Was nicht drinsteht, wird nicht bezahlt. Achten Sie daher auf schwammige Formulierungen. Sagt der Anbieter zum Beispiel nur zu, etwas nach vorheriger Genehmigung oder gesonderter Vereinbarung zu erstatten, können Sie sich nicht immer darauf verlassen, diese Genehmigung auch zu bekommen.

Dieses Dokument soll Ihnen helfen, sich über Tarife einen besseren Überblick zu verschaffen. Notieren Sie unter „Anmerkungen“, welche der Leistungen Sie benötigen und in welchem Umfang ein Tarif diese umfasst. Achten Sie auf Einschränkungen, Erstattungshöhen und Selbstbeteiligungen.

Versicherung:

Tarif:

Monatlicher Beitrag:

Selbstbeteiligung:

Grundlegende Leistungen

Arzthonorare - Ärzte rechnen in Deutschland nach der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) ab. Für die meisten Behandlungen reicht es, wenn die Versicherung den Regelhöchstsatz (2,3-fache der GOÄ/GOZ) oder den Höchstsatz (3,5-fache) erstattet. Tarife, die weniger als den Regelsatz erstatten, sind nicht empfehlenswert. Wer auch Behandlungen durch Spezialisten, Privatkliniken oder im Ausland versichern möchte, sollte einen Tarif wählen, der auch über dem Höchstsatz oder ohne Bezug auf die Gebührenverordnung erstattet.

Menschen, die im Ausland leben, sollten außerdem gegen Beitragszuschlag vereinbaren, dass die Übernahme der Kosten nicht auf deutsches Niveau begrenzt ist. Sonst bleiben sie möglicherweise auf höheren Rechnungen sitzen. Bei einer Behandlung im Ausland ist es außerdem sinnvoll, dass die Kosten nicht auf ortsübliche oder landesübliche Sätze beschränkt sind. Im Leistungsfall können Sie sich mit Ihrer Versicherung sonst darüber streiten, was nun landesüblich ist.

Anmerkungen:

Honorare ambulant:

Honorare stationär:

Honorar Zahnarzt:

FINANZTIP

Arztwahl - Hausarzttarife oder Tarife mit Primärarztprinzip schreiben vor, dass der Versicherte zuerst einen bestimmten Arzt aufsuchen muss. Sonst kann die Versicherung ihre Leistungen kürzen. Bei freier Arztwahl kann ein Patient dagegen sofort einen Facharzt aufsuchen und unter den niedergelassenen Ärzten allein auswählen. Wer im Krankenhaus vom Chefarzt behandelt werden möchte, muss privatärztliche Behandlungen auf Station mitversichern. Sollen auch Behandlungen durch Heilhilfsberufe wie Masseur oder Physiotherapeuten versichert sein, muss dies gesondert vereinbart werden.

Anmerkungen:

Medikamente - Achten Sie auf mögliche Selbstbehalte oder Beschränkungen im Erstattungsumfang. Möglichst nicht beschränkt sein sollte die Erstattung auf Generika. Mittel zur künstlichen Ernährung, sowohl über eine Sonde als auch den Venenkatheter, müssen in den Bedingungen extra aufgeführt sein.

Anmerkungen:

Hilfsmittel - Bei Hilfsmitteln geht es um die Erstattung von lebenserhaltenden Hilfsmittel (zum Beispiel Beatmungsgeräte, Geräte zur künstlichen Ernährung), Körperersatzstücken (Prothesen, Kunstaugen), elektrischen Krankenfahrstühlen, orthopädischen Hilfsmitteln wie Gehhilfen, aber auch Blindenhunde, künstlichen Kehlköpfen oder Sehhilfen. Bei allen gilt: Wer darauf angewiesen ist, möchte im Ernstfall diese Hilfsmittel in möglichst guter Qualität erstattet bekommen.

Schauen Sie deshalb bei allen Hilfsmitteln darauf, inwieweit diese erstattet werden. Möglicherweise gibt es prozentuale oder preisliche Begrenzungen, manche Versicherer erstatten auch nur eine einfache Ausführung. Was genau als „einfache Ausführung“ gilt, wird dann erst im Leistungsfall festgelegt. Achten Sie auch auf die Höhe der maximalen Erstattung. Reicht diese auch noch in 30 Jahren trotz Inflation und medizinischem Fortschritt aus?

Der genaue Umfang der Leistung steht im Hilfsmittelkatalog der Versicherung. Bei einem geschlossenen Katalog gibt es eine Liste an Hilfsmitteln, die erstattet wird. Diese Liste bleibt gleich – was nicht darauf steht, wird auch in Zukunft nicht bezahlt, selbst wenn es das Hilfsmittel heute noch gar nicht gibt. Ist der Katalog offen formuliert, werden in Zukunft auch Neuerungen bezahlt.

Auch eine Mischung der beiden Varianten ist möglich: eine abgeschlossene Liste mit offenen Formulierungen. Da niemand vorhersehen kann, was er in Zukunft einmal braucht, ist es

FINANZTIP

wichtig, bei den Hilfsmitteln auf eine möglichst umfassende Erstattung zu achten. Ein möglichst offener Katalog ist vorzuziehen, aber meist auch teurer.

Blindenhunde sollten zum Beispiel erstattet werden – sie sind sehr teuer und im Ernstfall existenziell wichtig. Genauso sind hochwertige Prothesen oder sprachgesteuerte Krankenfahrstühle für Betroffene die beste Hilfe. Oft genügt es, wenn die Kosten für die Miete der Geräte übernommen werden. Brillen dagegen können Versicherte gut selbst bezahlen.

Anmerkungen:

Zahnleistungen - Die Versicherungsbedingungen unterscheiden zwischen Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Manchmal gibt es für jeden Bereich andere Regeln und Erstattungshöhen.

Achten Sie zuerst auf die Zahnstaffel. Sie begrenzt die Zahnleistungen meist in den ersten Jahren auf einen bestimmten Höchstbetrag – entweder für die gesamte Zeit oder pro Jahr. Üblich sind bis zu fünf Jahre, doch auch längere Begrenzungen sind möglich. Manchmal gilt die Zahnstaffel nur für Zahnersatz. Wählen Sie einen Tarif, der bei einem Unfall auf die Zahnstaffel verzichtet.

Prüfen Sie dann bei Zahnbehandlung und Zahnersatz die Erstattungshöhen. Sehr gute Tarife übernehmen Zahnbehandlung voll und Zahnersatz zu 80 oder 90 Prozent. Schauen Sie außerdem auf Leistungen bei Inlays und Implantaten sowie die Erstattung von Material- und Laborkosten. Viele Tarife erstatten Kieferorthopädie bei Erwachsenen nur, sofern auch die gesetzliche Krankenversicherung zahlen würde.

Anmerkungen:

Zahnstaffel (Dauer und Höhe):

Erstattung Zahnbehandlung und Zahnersatz:

FINANZTIP

Sehr wichtige Leistungen

Psychotherapie - Sie ist in den Bedingungen sowohl stationär als auch ambulant grundsätzlich mitversichert als medizinisch notwendige Behandlung. Allerdings schränken die meisten Anbieter den Schutz ein – vor allem im ambulanten Bereich. Finanztip empfiehlt dort, mindestens 50 Sitzungen zu versichern. Achten Sie darauf, möglichst wenige Beschränkungen zu haben, etwa prozentuale Beteiligungen oder vorherige Genehmigung durch die Versicherung.

Im stationären Bereich sollten die versicherten Tage möglichst nicht beschränkt sein. Wer auch von Psychotherapeuten behandelt werden möchte, muss dies extra vereinbaren. Diese Klausel ist ratsam, da die Behandlung meist bei Psychologischen Psychotherapeuten erfolgt – und nicht bei Fachärzten für Psychotherapie. Es gibt schlicht mehr Psychotherapeuten als Fachärzte.

Anmerkungen:

Heilmittel - Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie (mindestens bei Diabetes) sollten versichert sein, da es meist nicht nur bei einer Behandlung bleibt. Eine dauerhafte Therapie ist aber teuer. Achten Sie darauf, dass diese nicht nur bei Ärzten, sondern auch durch Therapeuten erfolgen darf.

Anmerkungen:

Stationäre Versorgung - Wer sich die Möglichkeit einer Behandlung in Privatkliniken oder ausländischen Krankenhäusern offenhalten möchte, sollte einen Tarif wählen, der die Erstattung der Krankenhauskosten nicht auf die Regeln der Bundespflegesatzverordnung, des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Fallpauschalenvereinbarung begrenzt. Denn in solchen Kliniken können die Kosten deutlich höher ausfallen.

Viele spezialisierte Kliniken, zum Beispiel Herz-Zentren oder Krankenhäuser in Kurorten, sind sogenannte gemischte Anstalten. Denn sie bieten neben den normalen Behandlungen auch Reha oder Kuren an. Normalerweise sind diese Krankenhäuser nicht mitversichert. Wer trotzdem dort behandelt werden möchte, muss den Aufenthalt dort gezielt mitversichern.

Bewohner eines Kurorts sollten besonders darauf achten, dass ihr Tarif unkompliziert die Behandlung in einer gemischten Anstalt erstattet – alle anderen sollten zumindest im Notfall solche Kliniken aufsuchen dürfen. Denn oft sind diese das einzige Krankenhaus vor Ort.

FINANZTIP

Einige Versicherer verlangen, dass Patienten ihren Aufenthalt im Krankenhaus innerhalb einer Frist melden – sonst wird die Leistung gekürzt. Wählen Sie möglichst einen Tarif ohne Meldungsfrist.

Anmerkungen:

Kurortklausel - Im Prinzip sind ambulante Behandlungen in einem Kurort nur versichert, sofern es sich um eine akute Erkrankung oder einen Unfall handelt oder der Versicherte dort seinen Wohnsitz hat. Der Tarif sollte auf die Klausel möglichst verzichten.

Anmerkungen:

Geltungsbereich - Über den Geltungsbereich der Versicherung müssen sich alle Gedanken machen, bei denen Urlaubsreisen länger als einen Monat dauern, die möglicherweise im Ausland arbeiten oder sogar langfristig dort leben möchten.

Die meisten Tarife sind im gesamten Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gültig, also in der Europäischen Union und zusätzlich Island, Liechtenstein und Norwegen. Die Schweiz gehört nicht dazu. Wer diese Länder für längere Zeit verlässt – zum Beispiel für einen ausgedehnten Urlaub –, muss schauen, unter welchen Voraussetzungen der Vertrag trotzdem bestehen bleibt.

Zu prüfen ist, welcher Zeitraum für die Versicherung noch als Urlaub oder schon als Verlegung des „regelmäßigen Aufenthaltsortes“ gilt. So kann zum Beispiel eine dreimonatige Reise bereits dazu führen, dass der Vertrag aufgehoben wird. Einige Tarife behalten den Vertrag aber bei, wenn zum Beispiel weiterhin eine Postadresse in Deutschland vorhanden ist.

Für kurze Urlaubsreisen bis zu einem Monat besteht in der Regel auch außerhalb des EWR Versicherungsschutz. Einige Tarife verlängern den Zeitraum auf mehrere Monate oder bieten sogar unbegrenzten Schutz an.

Bei den meisten Tarifen ist es ratsam, zusätzlich eine Auslandsreisekrankenversicherung abzuschließen. Denn ein Rücktransport aus dem Urlaubsland ist in vielen Fällen nicht versichert. Achten Sie auch darauf, wie lange sich der Schutz verlängert, wenn Sie zum Beispiel wegen eines Unfalls ungeplant länger bleiben müssen.

FINANZTIP

Wer die Krankheitskosten durch Krieg oder einen Terroranschlag versichern möchte, muss dies extra vereinbaren.

Anmerkungen:

Anschlussheilbehandlung/Kur/Reha - Normalerweise übernimmt die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung die Kosten einer Reha oder Anschlussheilbehandlung, die der Erholung nach einem Klinikaufenthalt dient. Wer aber nicht dort versichert ist oder sich möglicherweise einmal selbständig macht, sollte besonders auf diese Klausel achten, um Reha-Maßnahmen zu versichern. Für Angestellte ergänzen private Krankenversicherer mit dieser Klausel die Leistungen der gesetzlichen Versicherungen.

Die Behandlungen sollten grundsätzlich versichert sein, nicht nur bei schweren oder vorab definierten Erkrankungen. Denn besonders die Definition schwerer Erkrankungen ist Auslegungssache. Achten Sie auf die Fristen, die bis zum Antritt der Behandlung eingehalten werden müssen. Kurze Fristen lassen sich je nach Erkrankung kaum einhalten – am besten ist daher der Verzicht auf Fristen oder ein Aufschub, bis der Beginn medizinisch möglich ist.

Prüfen Sie, welche Kosten übernommen werden, sofern es keinen gesetzlichen Leistungsträger gibt, oder wie dessen Leistungen möglicherweise durch die private Krankenversicherung ergänzt werden.

Entziehungsmaßnahmen etwa bei einer Alkoholsucht müssen zusätzlich vereinbart werden. Die erste Entziehung sollte möglichst versichert sein.

Anmerkungen:

Palliativversorgung/Hospiz - Achten Sie auf die Erstattung von Kosten für eine Palliativ- oder Hospizversorgung. Einige Tarife beschränken vor allem die Leistungen der Palliativmedizin. Zumindest stationäre und teilstationäre Hospizversorgung sollten aber versichert sein.

Anmerkungen:

FINANZTIP

Transport - Es geht um den Transport sowohl zu ambulanten Behandlungen als auch ins Krankenhaus. Bei ambulanten Behandlungen sollte der Transport bei Notfällen oder zur Erstversorgung nach Unfall versichert sein. Außerdem ist es sinnvoll, Transport zu Dialyse-Strahlen- und Chemotherapie zu versichern. Sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich sollten möglichst alle Transportmittel, also zum Beispiel auch der Hubschrauber, erstattet werden. Wählen Sie möglichst Tarife ohne Beschränkung der Entfernung, auf den nächstgelegenen Behandler oder auf Höchstbeträge.

Anmerkungen:

Individuell zu vereinbarende Leistungen

Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen - Vorsorgeuntersuchungen sind grundsätzlich im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert. Einige private Tarife erstatten auch zusätzliche Untersuchungen. Dagegen müssen Schutzimpfungen gesondert in den Versicherungsbedingungen aufgeführt werden. Der Umfang sollte mindestens den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (Stiko) entsprechen.

Anmerkungen:

Familienleistungen - Wer die Familienplanung noch nicht abgeschlossen hat, sollte auch auf Familienleistungen des Tarifs achten. Nicht alle Versicherungen bezahlen Pränatal-Diagnostik oder künstliche Befruchtung. Anders als in der GKV müssen Privatversicherte in vielen Tarifen während der Elternzeit ihre Beiträge weiterzahlen. Neugeborene sind ohne Gesundheitsprüfung privat krankenversichert. Wer selbst nur einen Basis-Schutz hat, sollte bedenken, dass der Schutz der Kinder nicht höher oder umfassender sein darf als der der Eltern.

Anmerkungen:

Heilpraktiker - Viele Tarife bezahlen Heilpraktiker nur eingeschränkt. Wer darauf Wert legt, sollte auf dieses Merkmal achten. Bei der Erstattung von Honoraren reicht der Höchstbetrag der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH) in der Regel aus.

Anmerkungen:

Finanztip Verbraucherinformation gemeinnützige GmbH · Hasenheide 54 · 10967 Berlin

Tel +49 (0)30 / 220 56 09 -70 · Fax +49 (0)30 / 220 56 09 -99 · www.finanztip.de

Geschäftsführer: Hermann-Josef Tenhagen, Marcus Wolsdorf, Dr. Sebastian Zacharias

Bankverbindung: Deutsche Bank Kto. 0795518000 BLZ 700 700 24 BIC-Code DEUTDE33HAN IBAN DE 3570 0700 2407 9551 8000
Sitz der Gesellschaft: Berlin · Amtsgericht: Charlottenburg · Handelsregister: HRB 162233 · St.-Nr. 27/603/56760 USt.-ID DE295381605

FINANZTIP

Häusliche Krankenpflege - Sie ist eine Ergänzung zur häuslichen Pflege, die von der Pflegepflichtversicherung bezahlt wird. Es geht um die Krankenpflege zu Hause, die einen Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermeidet. Wer Wert darauf legt, sollte auf diese Klauseln achten.

Anmerkungen:

Einbettzimmer - Das Einbett- oder Zweibettzimmer sollte nicht das Auswahlkriterium eines Tarifs sein.

Anmerkungen:

Sehhilfen - Einige Tarife erstatten die Kosten für Brillen, Kontaktlinsen oder Laser-Behandlungen (Lasik). Während Lasik oft sogar als medizinisch notwendig von jeder Versicherung bezahlt werden muss, können Versicherte Brillen notfalls auch selber bezahlen. Wer Wert auf eine Erstattung legt, kann dies aber mitversichern.

Anmerkungen:

Wechselmöglichkeiten - Um während der gesamten Vertragslaufzeit möglichst flexibel zu bleiben, sollten Sie auf die Wechselmöglichkeiten des Tarifs achten. Besonders wichtig ist das für Versicherte mit nur geringen Leistungsumfang. Bei den Wechselmöglichkeiten sichert die private Krankenversicherung unter verschiedenen Bedingungen das Recht zu, den Versicherungsschutz zu erhöhen oder den Selbstbehalt zu reduzieren – ohne eine sonst übliche Gesundheitsprüfung oder Wartezeit. Meist gibt es dafür feste Termine, Altersgrenzen oder Auslöser: etwa Heirat oder Verbeamtung.

Sollte ein Versicherter der privaten Krankenversicherung den Rücken kehren wollen, ist für ihn ein Tarif geeignet, der die Vollversicherung in private Zusatzversicherungen umwandelt. So gehen angesammelte Altersrückstellungen nicht verloren.

Anmerkungen:

FINANZTIP

Selbstbehalt/Beitragsrückerstattung - Die Selbstbeteiligung drückt den monatlichen Beitrag. Wer selten zum Arzt geht, kann also sparen. Um die Preise ehrlich zu betrachten, muss man den Selbstbehalt allerdings in den Beitrag miteinrechnen. Und Achtung: Eine hohe Selbstbeteiligung lässt sich nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung verringern – mit zunehmendem Alter ist das also schwierig.

Für Selbständige lohnt sich eine höhere Selbstbeteiligung mehr als für Angestellte. Denn bei Angestellten zahlt der Arbeitgeber die Hälfte des Beitrags, beteiligt sich aber nicht am Selbstbehalt. Beachten Sie, dass es mitunter für Teilbereiche der Versicherung, beispielsweise der Zahnbehandlung, andere Selbstbeteiligungen gibt.

Eine mögliche Beitragsrückerstattung sollte nicht für die Tarifwahl ausschlaggebend sein. Denn die Höhe der Rückerstattung hängt vom erwirtschafteten Überschuss der Versicherung ab und kann sehr niedrig ausfallen. Außerdem ist es nicht sinnvoll, für eine Beitragsrückerstattung möglicherweise auf notwendige Arztbesuche zu verzichten.

Anmerkungen:

Krankentagegeld - Besonders Gutverdiener oder Selbständige sollten ein Krankentagegeld mitversichern. Für Selbständige ist dies meist die einzige Möglichkeit, sich gegen einen vorübergehenden Verdienstausschlag durch Krankheit abzusichern. Daher ist es für sie meist sinnvoll, bereits ab dem 29. Tag ein Krankentagegeld zu vereinbaren. Angestellte bekommen sechs Wochen lang den Lohn vom Arbeitgeber fortbezahlt. Danach zahlt bei gesetzlich versicherten Arbeitnehmern die Kasse ein Krankengeld – Privatversicherte müssen dies extra vereinbaren. Sinnvoll ist daher ein Krankentagegeld für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag.

Anmerkungen:

Höhe Tagegeld:

Beitragsentlastung - Um Versicherte im Alter zusätzlich zu entlasten, bieten viele private Krankenversicherungen einen Beitragsentlastungstarif an. Das bedeutet, dass der Versicherte zusätzlich zu seinen Beiträgen, in denen bereits Altersrückstellungen enthalten sind, einen Betrag an die PKV überweist, der für das Alter angespart werden soll. Dieses Geld, meist bis zu 100 Euro im Monat, investiert die Versicherung in der Regel in eine Lebensversicherung. Ab dem 66. Lebensjahr senkt sie mit dem Kapital daraus den monatlichen Beitrag um eine vorher zugesicherte Summe.

FINANZTIP

Doch Vorsicht: Der Betrag für die Beitragsentlastung wird auch im Alter weiterhin fällig. Zahlen Sie dafür beispielsweise 65 Euro und sichern die Versicherung eine Beitragsentlastung von 150 Euro zu, bleibt am Ende nur eine Ersparnis von 85 Euro über. Die Anlage in eine Lebensversicherung lohnt sich meist nicht.

Besser ist es, selbst Geld zurückzulegen. Nur wer den Arbeitgeberanteil noch nicht ganz ausgeschöpft hat, profitiert möglicherweise von einem Beitragsentlastungstarif.

Anmerkungen: