

www.kvzentrale.com



E-BOOK
RATGEBER

PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

1	Private Krankenversicherung	4
1.1	Beitragsbestandteile	4
1.2	Berechnung des Beitrags durch die Versicherung	5
1.3	Selbstbeteiligung & Beitragsrückerstattung.....	6
1.4	Beitragsanpassung.....	7
1.5	Altersrückstellungen & Beitragsentwicklung im Alter	7
1.6	PKV Basistarif	8
2	Versicherungsschutz	9
2.1	Gegenstand des Versicherungsschutzes	9
2.2	Leistungsumfang.....	10
2.3	Beginn der Versicherung	10
2.4	Wartezeiten	11
2.5	Versicherungsfall	12
3	Leistungen im Detail.....	13
3.1	Ein- oder Zweibett-Zimmer bei stationärer Behandlung	13
3.2	Freie Wahl der Klinik.....	14
3.3	Freie Wahl der Ärzte.....	14
3.4	Medikamente	15
3.5	Zahnersatz	16
3.6	Kieferorthopädische Behandlungen.....	16
3.7	Sehhilfen	17
3.8	Alternative Behandlungsmethoden	17
3.9	Massagen und Physiotherapie	18
3.10	Psychotherapie	18
4	Aufnahmevoraussetzungen und Wechsel GKV-PKV.....	19
5	Vor- und Nachteile PKV/GKV	20
6	Berufsgruppen	21
6.1	Selbständige und Freiberufler	22
6.2	Beamte, Richter und Soldaten.....	22
6.3	Höherverdienende Arbeitnehmer	23
6.4	Zusatzversicherte Mitglieder der GKV.....	23
7	Gut zu wissen	23
7.1	Abrechnung bei ambulanter und stationärer Behandlung	24
7.2	Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung	24

7.3	Kinder in der Privaten Krankenversicherung.....	25
7.4	Kindernachversicherung.....	25
7.5	Anwartschaftsversicherung.....	25
7.6	Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag	26
7.7	Informationspflichten.....	27
8	Wechsel und Kündigung	27

1 Private Krankenversicherung

Die monatlichen Beiträge sind bei der privaten Krankenversicherung im Unterschied zur GKV nicht an das Einkommen gebunden sondern einzig und alleine von den gewählten Leistungen abhängig. Wer viel verdient, profitiert daher in den meisten Fällen von einem Wechsel in die private Krankenversicherung. Da die Anbieter untereinander auf dem freien Markt im Wettbewerb stehen, sind die Beiträge an Angebot und Nachfrage gebunden, was für den Versicherten günstige Tarife und ein großes Leistungsangebot bedeutet.

Ob man nun von der GKV oder einer anderen PKV wechselt, in jedem Fall lohnt es sich, die Beiträge und Tarife aller infrage kommenden Anbieter einem genauen Vergleich zu unterziehen. Hierfür sollten Sie zunächst feststellen, worin sich die Tarife im Detail unterscheiden und auf welche Leistungen sie besonderen Wert legen. So können über die PKV neben den medizinisch notwendigen Behandlungen auch Kosten für Annehmlichkeiten wie Einzelzimmer oder Chefarztbehandlung im Krankenhaus abgesichert werden, die sich dann natürlich durch höhere Beiträge bemerkbar machen. Eine wesentliche Rolle spielt auch die Höhe der Selbstbeteiligung. Daneben gibt es Tarife, bei denen der Versicherte eine Rückzahlung erhält, wenn er die Versicherung in einem bestimmten Zeitraum nicht in Anspruch nimmt.

Informationen zu den Beiträgen der PKV erhalten Interessierte sowohl über kostenlose Vergleichsportale im Internet, als auch bei Versicherungsmaklern. Oft ist es ratsam, sich an einen unabhängigen Versicherungsberater zu wenden, der nicht an eine bestimmte Versicherung gebunden ist und deshalb günstige Tarife mehrerer am Markt vertretenen Anbieter vermitteln kann. Aber auch die bei einer Versicherung fest angestellten Makler sind meist dazu in der Lage, den Verbraucher umfassend zu informieren und ein Paket zusammenzustellen, das an die eigenen Bedürfnisse angepasst ist.

1.1 Beitragsbestandteile

Um günstige Tarife zu erkennen, muss zunächst einmal geklärt werden, aus welchen Bestandteilen der Beitrag für den jeweiligen Tarif besteht. Grundsätzlich unterscheidet man hier zwischen zwei Bereichen. Die Pflichtbestandteile beinhalten alle gesetzlich vorgeschriebenen Posten der Krankenversicherung. Diese umfassen den Beitrag für ambulante Behandlungen, also die Versorgung beim Arzt oder während kurzer Besuche im Krankenhaus, sowie den Beitrag für stationäre Behandlung bei längeren Krankenhausaufenthalten. Ebenfalls in den Pflichtbestandteilen enthalten sind der Zahnbeitrag sowie die Altersrückstellung. Da Mitglieder der PKV gesetzlich dazu verpflichtet sind, eine private Pflegeversicherung abzuschließen, ist auch der Pflegepflichtversicherungsbeitrag hier aufgeführt. Falls Vorerkrankungen bestehen, und die PKV hierfür Risikozuschläge erhebt, werden auch diese im Pflichtbestandteil berücksichtigt.

Neben diesen Pflichtbestandteilen können bestimmte freiwillige Bestandteile zusätzlich gebucht werden. Diese bestehen dann meistens aus Krankentagegeld, Einzelzimmer im Krankenhaus oder Behandlung durch den Chefarzt. Der vollständige Beitrag für die PKV besteht dann also aus der Summe der Pflichtbestandteile und der freiwilligen Bestandteile. Genau diese Aufspaltung kann den Vergleich der einzelnen Anbieter untereinander jedoch sehr schwierig machen.

Vor allem im Internet werben viele Anbieter einer privaten Krankenversicherung mit so genannten Locktarifen. Diese stellen zunächst nur einen bestimmten Teil des Tarifes und des dazugehörigen Beitrags dar, oft sogar nur einen Teil der Pflichtbestandteile. Dadurch wird der Eindruck erweckt, es handele sich um besonders günstige Tarife. Die Zusatzkosten, die für den vollen Tarif entstehen, werden dann erst kurz vor Vertragsschluss offenbart. Um die wirklich günstigen Tarife zu erkennen, sollten Interessenten deshalb darauf achten, eine Aufschlüsselung aller tatsächlichen Betragsbestandteile zu erhalten, um bösen Überraschungen vorzubeugen.

1.2 Berechnung des Beitrags durch die Versicherung

Die PKV berechnet die Beiträge für jeden Versicherten individuell. Für die Beitragsberechnung spielen vor allem das Geschlecht, das Eintrittsalter sowie die eigene Krankheitsgeschichte eine Rolle. Gesunde Menschen, die jung in die PKV eintreten, zahlen also geringere Beiträge als alte Menschen oder Personen mit Vorerkrankungen oder sonstigen Gesundheitsrisiken. Da Frauen statistisch gesehen älter werden als Männer, und deshalb höhere Behandlungskosten verursachen, liegt der Beitrag für Frauen in der Regel auch höher als der Beitrag für Männer.

Diese individuellen Faktoren bilden die Grundlage für die Berechnung des sogenannten Pflichtbestandteils, in dem die Kosten für ambulante und stationäre Behandlung, Pflegepflichtversicherung und Zahnversicherung abgedeckt werden. Zusätzlich kommen dann die Kosten für die gewählten freiwilligen Bestandteile hinzu, die von allen privaten Krankenversicherungen angeboten werden.

Beim Abschluss eines Versicherungsvertrages mit der PKV gibt es aber noch weitere Faktoren, die Einfluss auf die Beitragsberechnung haben. So bieten die meisten Versicherer verschiedene Tarife mit oder ohne Selbstbeteiligung an. Die Übernahme einer Selbstbeteiligung durch den Versicherten führt oft zur erheblichen Reduzierung des monatlichen Tarifes. In diesen Fällen verpflichtet sich der Versicherer, Leistungen nur dann mit der Versicherung abzurechnen, wenn sie einen bestimmten Selbstbeteiligungsbetrag übersteigen. Beträgt die Selbstbeteiligung also zum Beispiel 500 Euro, müssen alle Behandlungskosten bis zu dieser Summe vom Versicherten selbst übernommen werden. Übersteigen die Behandlungskosten in einem Jahr diese Summe, springt die PKV ein.

Eine weitere Möglichkeit, um auf die Beiträge der PKV Einfluss zu nehmen, ist die Möglichkeit sogenannter Beitragsrückzahlungen. Hierbei belohnt die PKV den Versicherten mit Rückzahlungen dafür, dass die Versicherung in einem bestimmten Zeitraum nicht in Anspruch genommen wurde.

Der günstige Beitrag bei Abschluss einer privaten Krankenversicherung garantiert jedoch nicht, dass dieser Beitrag auch in der Zukunft stabil bleibt. Die PKV unterzieht die Beiträge regelmäßig einer Prüfung. Wenn die Kosten für eine bestimmte Versicherungsgruppe steigen, werden auch die Beiträge erhöht. Da die PKV wie alle anderen Unternehmen im freien Markt agiert, ist sie auch von dessen Voraussetzungen abhängig. Deshalb können sich zum Beispiel erhöhte Basiszinssätze, gesellschaftliche Entwicklungen Wirtschaftskrisen oder medizinische Fortschritte in einer deutlichen Beitragsänderung bemerkbar machen.

1.3 Selbstbeteiligung & Beitragsrückerstattung

Beim Abschluss einer privaten Krankenversicherung legen viele Versicherungsnehmer großen Wert darauf, dass die Selbstbeteiligung möglichst gering oder gar nicht vorhanden ist. Schließlich werden die Beiträge für die PKV ja gerade mit dem Ziel gezahlt, im Krankheitsfall eine möglichst umfassende Absicherung zu erhalten. Da Selbstbeteiligungen den monatlichen Beitrag für die PKV aber sehr deutlich reduzieren können, lohnt es sich auf jeden Fall, hier genau nachzurechnen. Wer keine chronischen Erkrankungen oder sonstigen hohen Bedarf an medizinischer Behandlung hat, kann mit der Übernahme einer Selbstbeteiligung sogar viel Geld sparen.

Bei den von den verschiedenen Versicherern angebotenen Selbstbeteiligung wird in der Regel zwischen absoluten und relativen Selbstbeteiligungen. Bei den absoluten Selbstbeteiligungen wird eine Summe festgelegt, bis zu deren Höhe der Versicherte jährliche Behandlungskosten selbst übernehmen muss. Nachdem diese Summe in einem Kalenderjahr überschritten wurde, zahlt die Versicherung die vollständigen Behandlungskosten. Im Vergleich dazu zahlt der Versicherte bei den relativen Selbstbeteiligungen einen gewissen prozentualen Anteil jeder Rechnung selbst, die Versicherung trägt dann die restlichen Kosten. Um die möglichen Kosten bei diesem Modell kalkulieren zu können, sollte hier eine Obergrenze für die Selbstbeteiligung festgelegt werden.

Auch Beitragsrückerstattungen haben einen erheblichen Einfluss auf die langfristigen Kosten der privaten Krankenversicherung. Die meisten Versicherer zahlen Mitgliedern, die über bestimmte Zeiträume keine Leistungen abrechnen, einen Teil der Beiträge wieder aus. Im Einzelfall kann es dadurch günstiger sein, eine Rechnung selbst zu bezahlen, als sie bei der Versicherung einzureichen. Einige Versicherer bieten ihren Kunden auch einen Berechnungsservice. Dieser rechnet für den Kunden aus, ob er bei Selbstzahlung einer Rechnung in der Zukunft durch die Beitragsrückerstattung profitieren wird oder nicht.

Aufgrund der unterschiedlichen Tarifmodelle, deren Bestandteile und Optionen wie Selbstbeteiligung und Beitragsrückerstattungen sich auf den Beitrag auswirken, fällt es sehr schwer, einen einfachen Vergleich zwischen den einzelnen Anbietern anzustellen. Generell gilt, dass auf den ersten Blick günstige Tarife nicht zwangsläufig die tatsächlich günstigste Möglichkeit der PKV darstellen müssen. Viele Menschen, die von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechseln, greifen deshalb auf die Dienste eines unabhängigen Versicherungsberaters zurück, der den Interessenten bei der Auswahl des geeigneten Tarifs unterstützt.

1.4 Beitragsanpassung

Die oft sehr günstigen Beiträge der PKV für junge und gesunde Menschen werden hart kalkuliert, da der Wettbewerb der Versicherer um diese Personengruppe am höchsten ist. Meist werden in diesen Tarifen ausschließlich junge Menschen aufgenommen, deren Risiko teurer medizinischer Behandlungen zumindest kurzfristig sehr gering ist. Sobald die Mitglieder der PKV dann aber älter werden und die Versicherung öfter in Anspruch nehmen, steigen die Beiträge spürbar an. Auch wirtschaftliche Entwicklungen wie höhere Zinsen oder Wirtschaftskrisen lassen die Beiträge während der Mitgliedschaft teilweise deutlich steigen.

Für den Versicherten sind diese Beitragsanpassungen nicht immer nachvollziehbar. Ein Anspruch auf Auskunft über die Grundlagen, auf denen die Anpassungen beruhen, gibt es grundsätzlich nicht. Dennoch können überzogene Beitragsanpassungen gerichtlich überprüft werden, hierfür ist dann jedoch die oft sehr kostspielige Einschaltung von Anwälten und Gutachtern notwendig. Bei der Wahl des passenden Tarifes sollte deshalb nicht nur auf günstige Einstiegstarife geachtet werden. Gute Versicherer verfügen über transparente Anpassungsmodelle und weisen den Versicherten bereits vor Vertragsschluss auf die zu erwartende Entwicklung der Beiträge hin.

1.5 Altersrückstellungen & Beitragsentwicklung im Alter

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung versichert die PKV immer das individuelle Risiko. Da junge Menschen ein wesentlich geringeres Krankheitsrisiko haben als ältere Menschen, zahlen sie auch niedrigere Beiträge. Mit steigendem Alter des Versicherten steigen also auch die Versicherungsbeiträge für die PKV. Das führt dazu, dass die Belastung durch Beiträge dann am höchsten ist, wenn der Versicherte alt und oft nicht mehr erwerbstätig ist. Um diese günstige Entwicklung abzumildern, arbeiten die privaten Krankenversicherungen mit Altersrückstellungen. Hierbei zahlt der Versicherte in jungen Jahren einen höheren Beitrag, als er aufgrund seines individuellen Risikos eigentlich zahlen müsste. Der hierdurch erzielte Überschuss wird dann angespart, deshalb spricht man bei Beitragszahlungen in der Jugend auch von der sogenannten Sparphase. Wenn im Alter dann

der Bedarf an Leistungen der Krankenversicherung steigt, werden zunächst diese angesparten Überschüsse aufgebraucht, was als Einnahmephase bezeichnet wird.

Durch dieses Modell wird die normalerweise im Alter sehr hohe Beitragsbelastung also abgemildert. Welcher Anteil des Beitrags dieser Altersrückstellung zugute kommt, ist je nach Versicherer und Tarifmodell sehr unterschiedlich. Viele Versicherer erzeugen künstlich günstige Tarife, indem nur ein sehr geringer Anteil des Beitrags für die Altersrückstellung vorgesehen wird. Das rächt sich dann mit sehr hohen Beiträgen im Alter. Um einen aussagekräftigen Vergleich zwischen den einzelnen Tarifen am Markt anstellen zu können, muss die Altersrückstellung deshalb auf jeden Fall mitberücksichtigt werden. Nicht immer sind günstige Einstiegstarife auch langfristig preiswert. Vor dem Abschluss einer PKV sollten Sie sich deshalb genau darüber informieren, wie sich die Tarife im Einzelfall zusammensetzen, in der Regel bieten hier unabhängige Versicherungsberater die kompetenteste Beratung.

1.6 PKV Basistarif

Im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung bietet die PKV grundsätzlich einen höheren Leistungsumfang, der vom Versicherten durch die Buchung freiwilliger Bestandteile sogar noch ergänzt werden kann. Seit dem 1.1.2009 sind die privaten Krankenversicherungen gesetzlich dazu verpflichtet, zusätzlich zu ihren privaten Leistungen einen sogenannten Basistarif anzubieten. Dieser Basistarif entspricht im Prinzip dem Inhalt der gesetzlichen Krankenversicherung. Anders als die Beiträge der GKV sind die Beiträge für diesen Basistarif jedoch nicht einkommensabhängig. In der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen Rentner als niedrige Beiträge, obwohl sie mehr Leistungen beanspruchen als junge Menschen. Deshalb zahlen junge Menschen in der GKV für das Risiko dieser älteren Menschen. Die Beiträge des PKV Basistarifs richten sich dagegen nur nach den individuellen Voraussetzungen.

In der Realität funktioniert der PKV Basistarif jedoch vor allem als Auffangtarif für Privatversicherte, deren Einkommen für die Beiträge der normalen PKV nicht mehr ausreicht. Dies ist oft bei Rentnern der Fall, die auch hohe Kosten verursachen. Das führt dazu, dass der Basistarif im Vergleich zum sonstigen Angebot eher teuer ist. Allerdings dürfen die Beiträge für den Basistarif den gesetzlich vorgesehenen Höchstbeitrag für die GKV nicht übersteigen.

Im Gegensatz zu den anderen Tarifen der GKV folgt der Basistarif in seinem Umfang immer den gesetzlichen Bestimmungen, sein Inhalt kann also nicht individuell ausgehandelt werden. Das hat den Nachteil, dass die Versicherten im PKV Basistarif auch Leistungskürzungen der Krankenkassen hinnehmen müssen, vor denen sie in den anderen Tarifen der PKV verschont bleiben. Insbesondere werden im PV Basistarif nur die Kosten für Maßnahmen erstattet, die ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und vor allem notwendig

sind. Viele Bestandteile der normalen Tarife der privaten Krankenversicherung erfüllen diese Voraussetzungen nicht und werden im PKV Basistarif daher auch nicht erstattet.

2 Versicherungsschutz

Grundsätzlich bietet die PKV einen weiteren Versicherungsschutz als ihr Pendant der gesetzlichen Krankenversicherung. Während die Krankenkassen durch immer höhere Gesundheitskosten belastet werden und ihr Leistungsangebot dementsprechend reduzieren müssen, haben diese Entwicklungen keine Auswirkungen auf den Versicherungsschutz durch die PKV. Neben den absolut notwendigen medizinischen Behandlungen, die auch durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen werden, bieten die privaten Versicherer eine ganze Reihe von zusätzlichen Leistungen an, die dem Versicherten bei Bedarf zur Verfügung stehen.

So können privatversicherte Patienten etwa im Krankenhaus ein Einzelzimmer belegen oder haben Anspruch auf eine Behandlung durch den Chefarzt. Auch bei ambulanten Behandlungen können die Versicherten den Arzt frei auswählen, im Vergleich hierzu übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung nur die Kosten zugelassener Kassenärzte. Diese Leistungen werden über die Beiträge der Mitglieder finanziert, die sich über eine Art Baukastensystem einen individuellen Versicherungsschutz zusammenstellen können.

2.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

Der Gegenstand des Versicherungsschutzes in der PKV beschreibt die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Versicherungsfalls. Dabei umfasst die private Krankenversicherung mindestens denselben Schutz wie die GKV. Als Versicherungsfall gelten deshalb insbesondere medizinisch notwendige Behandlungen von Krankheiten oder den Folgen eines Unfalls. Darüber hinaus werden auch Behandlungen und Untersuchungen während der Schwangerschaft vom Versicherungsschutz gedeckt.

Da sowohl die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung ein hohes Interesse daran haben, dass ihre Mitglieder gesund bleiben und keine Versicherungsfälle auslösen, gelten auch viele Vorsorgeuntersuchungen oder Maßnahmen zur Vorbeugung schwerer Krankheiten als Versicherungsfall. Hier beginnen sich dann aber auch schon die Unterschiede der beiden Versicherungsarten bemerkbar zu machen. So ist die GKV an ein sehr knapp kalkuliertes Budget gebunden, während die private Krankenversicherung im Vergleich hierzu wesentlich größere finanzielle Spielräume hat. Das wirkt sich in der Praxis dann darin aus, dass gerade bei der Vorsorge viel mehr Maßnahmen und Programme unterstützt werden können.

2.2 Leistungsumfang

Während das Leistungsangebot der GKV im Versicherungsfall durch den Gesetzgeber fest bestimmt ist und nur bei dringendem Bedarf oder als Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen korrigiert wird, können die Mitglieder der privaten Krankenversicherung den Umfang ihres Versicherungsschutzes erheblich selbst beeinflussen. Der Mindestumfang wird dabei von den sogenannten Pflichtbestandteilen vorgegeben, die jeder private Versicherungsanbieter gewährleisten muss. Neben dem Kostenersatz für ambulante und stationäre Behandlungen sind das vor allem der Zahnschutz und die Altersrückstellung.

Darüber hinaus kann der Versicherte den Umfang seines privaten Versicherungsschutzes aber frei gestalten. Die Klassiker unter diesen freiwilligen Bestandteilen sind vor allem die Annehmlichkeiten der Behandlung durch den Chefarzt oder ein Einzelzimmer, mit denen viele Anbieter der PKV werben. Auch das Krankentagegeld hebt die PKV deutlich von der gesetzlichen Krankenkasse ab. Hierbei wird für jeden Krankheitstag ein zuvor festgelegter Geldbetrag ausgezahlt. Das eignet sich vor allem für Selbstständige und Freiberufler, die im Krankheitsfall keine Lohnfortzahlungsansprüche haben. Mit der Übernahme einer Selbstbeteiligung für den Versicherten können die Beiträge der PKV gesenkt oder der Umfang des Versicherungsschutzes zusätzlich erhöht werden. Je höher die Selbstbeteiligung im Versicherungsfall vereinbart wird, desto mehr Leistungen können für dieselben Beiträge versichert werden.

Der Umfang des Versicherungsschutzes wird im Versicherungsschein, auch Versicherungspolice genannt, festgelegt und dem Versicherten nach Vertragsschluss ausgehändigt. In der Regel werden deshalb alle Fragen zum Umfang des Versicherungsschutzes bereits mit einem Blick auf den Versicherungsschein beantwortet. Darüber hinaus gilt der Versicherungsschein auch als Schuldschein, das heißt der Versicherungsanbieter muss die in Anspruch genommene Leistung nur dann erbringen, wenn der Versicherte den Versicherungsschein vorlegen kann. Auch bei gerichtlichen Auseinandersetzungen über den Umfang des Versicherungsschutzes ist der Inhalt des Versicherungsscheins in aller Regel ausschlaggebend.

2.3 Beginn der Versicherung

Besonders wichtig für den Versicherten ist natürlich die Frage, ab wann der Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherung greift. Die Bestimmung dieses Zeitpunktes kann unter Umständen recht schwierig sein, da im Versicherungsjargon zwischen drei verschiedenen Zeitpunkten unterschieden wird. Es gibt den formellen, den materiellen sowie den technischen Versicherungsbeginn. In der Praxis fallen diese drei Zeitpunkte oft zusammen, dann fällt der Unterschied natürlich auch nicht ins Gewicht. Dennoch kann es zu Fällen kommen, in denen diese Zeitpunkte nicht identisch sind, weshalb

man sich mit den verschiedenen Begriffen und ihrer Bedeutung für den Versicherungsbeginn vertraut machen sollte.

Der formelle Versicherungsbeginn bezeichnet das Datum des Vertragsschlusses. Der Vertrag kommt in der Regel zustande, indem der Versicherungsanbieter den Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers durch eine schriftliche Erklärung, die sogenannte Annahmeerklärung, oder die Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Grundsätzlich werden ab diesem Zeitpunkt auch die vereinbarten Versicherungsbeiträge fällig. In aller Regel beginnt mit Vertragsschluss auch der Versicherungsschutz. In vielen Fällen wird jedoch vereinbart, dass der Versicherungsschutz bereits vor oder erst nach dem formellen Versicherungsbeginn greifen soll.

In diesen Fällen fällt der sogenannte materielle Versicherungsbeginn, also der eigentliche Versicherungsschutz, auf einen anderen Zeitpunkt als den formellen Versicherungsbeginn. Wenn der materielle Versicherungsbeginn vor dem formellen Versicherungsbeginn liegen soll, ist jedoch zu beachten, dass der Versicherungsanbieter nur für solche Versicherungsfälle eintritt, die dem Versicherungsnehmer noch nicht bekannt waren. Beispielsweise können bereits in der Vergangenheit erhaltene Rechnungen für medizinische Behandlungen also auch dann nicht mit der Krankenversicherung abgerechnet werden, wenn der materielle Beginn des Versicherungsschutzes rückdatiert wurde.

Schließlich gibt es noch den technischen Versicherungsbeginn, der den Zeitpunkt beschreibt, ab dem der Versicherungsnehmer Beiträge für die private Krankenversicherung zahlen muss. Der technische Versicherungsbeginn kann für einen Zeitpunkt vereinbart werden, der zeitlich vor dem materiellen Versicherungsbeginn, also dem eigentlichen Beginn des Versicherungsschutzes, liegt. Die Beiträge werden dann also rückwirkend für einen Zeitraum gezahlt, in dem noch gar kein Versicherungsschutz bestand. In der Praxis kann das aber durchaus Sinn machen. So müssen etwa Selbstständige und Freiberufler, die nicht nahtlos von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechseln, oft lange Wartezeiten in Kauf nehmen, bis ihr Anspruch greift. Mit der rückwirkenden Beitragszahlung entfallen diese Wartezeiten jedoch.

2.4 Wartezeiten

Beim Abschluss einer privaten Krankenversicherung werden grundsätzlich Wartezeiten zwischen 3 und 8 Monaten vereinbart, in denen die PKV keine Leistungen für ambulante Behandlungen übernimmt, nur für unvorhersehbare Unfälle wird geleistet. In der Praxis spielen diese Wartezeiten jedoch keine große Rolle, denn sie entfallen in der Regel immer, wenn der Versicherte von der Gesetzlichen Krankenversicherung direkt in die PKV wechselt, und dabei keine Versicherungslücke entsteht.

Doch auch Fälle, in denen es zu Zeiträumen kommt, für die kein Versicherungsschutz besteht, können diese Wartezeiten umgehen. So kann es vor allem bei Selbstständigen passieren, dass der gesetzliche Versicherungsschutz endet, bevor der private Schutz beginnt. In diesen Fällen bieten die privaten Versicherungsunternehmen die Möglichkeit an, den sogenannten technischen Versicherungsbeginn auf einen Zeitpunkt zu legen, der noch vor dem formellen Versicherungsbeginn bei Vertragsschluss liegt. Damit ist dann wieder ein nahtloser Versicherungsschutz gegeben und die Wartezeiten entfallen. Zu beachten ist jedoch, dass dann auch die Beiträge rückwirkend für diesen Zeitraum zu entrichten sind, Leistungen können hierfür jedoch nicht in Anspruch genommen werden. Es lohnt sich also, genau zu überlegen, ob man die Wartezeiten in diesem Fall akzeptieren oder sich besser von ihnen freikaufen sollte.

Die Rückdatierung des Versicherungsschutzes ist für einen Zeitraum von höchstens zwei Monaten möglich. Wenn für eine längere Dauer kein Versicherungsschutz bestand, können die Wartezeiten nur durch ein ärztliches Attest entfallen. Dieses Wartezeitattest erfordert eine genaue ärztliche Untersuchung, deren Inhalt durch den Versicherer vorgegeben wird. Darüber hinaus können mit diesem Attest auch die Wartezeiten entfallen, die durch eine nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes entstehen. In der Regel betragen auch diese Wartezeiten 3 bis 8 Monate.

2.5 Versicherungsfall

Um Leistungen der Krankenversicherungen, sowohl der gesetzlichen als auch der privaten, in Anspruch nehmen zu können, muss ein Versicherungsfall vorliegen. In erster Linie liegt dieser vor, wenn Krankheit oder ein Unfall der versicherten Person eine medizinische Behandlung notwendig machen. Der Beginn dieser Behandlungsbedürftigkeit markiert dann also auch den Beginn des Versicherungsfalles. Der Versicherungsfall endet schließlich mit dem Wegfall dieser Behandlungsbedürftigkeit, also in der Regel durch den Erfolg der medizinischen Maßnahme.

Abgesehen vom Grundfall der Krankheit und eines Unfalls gelten auch Behandlungen in der Schwangerschaft und Vorsorgeuntersuchungen als Versicherungsfall. Unter Umständen können sogar Leistungen, die nach dem Tod des Versicherungsnehmers erbracht werden, einen Versicherungsfall darstellen. Während die Versicherungsfälle in der gesetzlichen Krankenversicherung klar durch den Gesetzgeber definiert sind, kann der Versicherungsnehmer in der PKV selbst Einfluss darauf nehmen, wann ein Versicherungsfall gegeben ist. Über diese klassischen Fälle hinaus hat der Versicherungsnehmer in der PKV die Möglichkeit, auch Leistungen zu versichern, die keinen Versicherungsfall voraussetzen, wie etwa Zuzahlungen oder vollständige Kostenübernahme für eine neue Brille.

3 Leistungen im Detail

Den hauptsächlichen Grund für den Wechsel gesetzlich versicherter Arbeitnehmer in die PKV stellt der im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich umfangreichere Leistungskatalog dar. Während sich die Krankenkassen an sehr knappe und ständig weiter beschnittene Budgets halten müssen und deshalb nur Leistungen für Behandlungen erbringen können, die medizinisch unbedingt erforderlich sind, bietet die PKV ein im Vergleich dazu gerade luxuriöses Programm aus freiwilligen Leistungen, die durch die Versicherten zusätzlich zum Pflichtversicherungsbestandteil versichert werden können.

Vor dem Wechsel in die PKV lohnt es sich deshalb, sich mit den verschiedenen Leistungen und Zusatzoptionen vertraut zu machen. Im Gespräch mit einem Versicherungsmakler oder einem unabhängigen Versicherungsberater kann aus den verschiedenen Leistungen dann ein zu den eigenen Ansprüchen passendes Gesamtpaket erstellt werden. Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert bleiben will oder muss, etwa weil er die Voraussetzungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht nicht erfüllt, muss auf die Vorteile und Annehmlichkeiten der PKV jedoch nicht verzichten. Die meisten Leistungen sind als sogenannte Zusatzversicherungen auch zusätzlich zum Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenkassen erhältlich und können diesen in vielen Punkten sehr erheblich verbessern.

3.1 Ein- oder Zweibett-Zimmer bei stationärer Behandlung

Die stationäre Behandlung eines Patienten in einem Krankenhaus verursacht sehr hohe Kosten, die nicht nur durch den medizinischen Aufwand, sondern auch durch die Bereitstellung der Unterkunft im Krankenhaus entstehen. Da auch die Krankenhäuser sinnvoll wirtschaften müssen, werden oft so viele Patienten wie möglich in einem Mehrbettzimmer untergebracht, da die gesetzliche Krankenversicherung nur die Kosten für diese Art der Unterbringung übernimmt. Patienten, die Wert auf Privatsphäre und Komfort legen, können zwar ein Ein- oder Zweibettzimmer in Anspruch nehmen, müssen die dadurch entstehenden Mehrkosten dann jedoch privat tragen.

Deshalb bieten die privaten Krankenversicherer die Möglichkeit, die Unterkunft in einem dieser Ein- oder Zweibettzimmer im Bedarfsfall zu versichern. Auch gesetzlich Versicherte können dieses Angebot als Zusatzversicherung in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können gegen Aufpreis weitere Komfortleistungen mitversichert werden. So müssen sich beispielsweise im Normalfall die Patienten mehrerer Zimmer wenige Sanitäreinrichtungen wie WCs und Badezimmer teilen, die sich außerhalb der Zimmer auf den Fluren der Krankenhäuser befinden. Optional kann zur Ein- oder Zweibettzimmerversicherung deshalb ein eigenes WC im Zimmer mitversichert werden.

Auch sonstige Annehmlichkeiten wie Zimmer mit Balkon, höherwertige Verpflegung, Tageszeitungen, Internetanschluss im Zimmer, besonders bequeme Betten oder ein eigener Kühlschrank können für den Ernstfall versichert werden. Der Grenze des möglichen Luxus sind hier kaum Grenzen gesetzt, solange man bereit ist, die dafür anfallenden höheren Beiträge zu akzeptieren.

3.2 Freie Wahl der Klinik

Krankenhaus ist nicht gleich Krankenhaus. In Deutschland gibt es teilweise erhebliche Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Kliniken. In beiden arbeiten hoch qualifizierte Ärzte und Pfleger, doch während die öffentlichen Einrichtungen auf die Behandlung möglichst vieler Fälle ausgelegt sind und deshalb eine sehr allgemeine medizinische Versorgung anbieten, sind private Kliniken oft auf bestimmte Teilbereiche der Medizin spezialisiert. So gibt es beispielsweise private Kliniken, in denen nur Sportverletzungen von hierauf speziell geschulten Medizinern behandelt werden.

Bei der eigenen Gesundheit sollte man nichts dem Zufall überlassen. Gerade bei komplizierten Erkrankungen oder Verletzungen legen deshalb viele Menschen Wert auf eine möglichst kompetente Behandlung in einer passenden Einrichtung. Die Behandlung in privaten Kliniken ist im Vergleich zu öffentlichen Einrichtungen jedoch wesentlich teurer und übersteigt die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung. Zwar dürfen auch Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung das Krankenhaus grundsätzlich frei auswählen, die GKV erstattet die Kosten dann jedoch nur bis zu bestimmten Höchstbeträgen, für die Differenz muss der Patient selbst aufkommen.

Im Vergleich hierzu trägt die PKV abzüglich einer eventuell vereinbarten Selbstbeteiligung die vollen Kosten der Behandlung in der gewählten Klinik. Nur privat krankenversicherte Patienten haben deshalb die völlig freie Auswahl der Klinik. Vor dem Beginn der Verhandlung und dem Abschluss eines Behandlungsvertrages mit der Versicherung muss von der PKV jedoch die Bereitschaft zur Kostenübernahme bestätigt werden.

3.3 Freie Wahl der Ärzte

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist für den Erfolg einer medizinischen Behandlung enorm wichtig. Deshalb kann kein Patient, auch nicht die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, zur Behandlung durch einen nicht selbst gewünschten Arzt gezwungen werden. Für gesetzlich Versicherte gibt es in dieser Beziehung jedoch einen großen Haken. Wenn kein Vertragsarzt der Krankenkassen ausgewählt wird, ist die gesetzliche Krankenversicherung nicht zur Übernahme der durch die Behandlung entstehenden Kosten verpflichtet. Der Patient muss die Kosten der Behandlung in diesem Fall vollständig aus eigener Tasche zahlen.

Im Vergleich dazu übernimmt die PKV grundsätzlich die Kosten für den vom Patienten gewählten Arzt. Hierbei muss jedoch differenziert werden. Auch die privaten Krankenversicherungen haben ein Interesse daran, ihre Kosten zu reduzieren. Deshalb bieten diese besonders günstige Tarife an, die das Mitglied dazu verpflichten, im ambulanten Versicherungsfall einen sogenannten Primärarzt aufzusuchen. Im Regelfall handelt es sich dabei um einen Hausarzt, der im Vergleich zu Spezialisten wesentlich geringere Sätze berechnet. Erst wenn dieser die Behandlung durch einen Spezialisten anordnet, sind die Kosten vom Versicherungsschutz der PKV gedeckt. Wer diesen Umweg nicht in Kauf nehmen will, sollte sich deshalb nicht auf günstige Tarife verlassen und sicherstellen, dass im Versicherungsfall tatsächlich eine uneingeschränkte Wahl des Arztes möglich ist.

Auch bei der freien Arztwahl in der stationären Behandlung gibt es Einschränkungen. So kann sich der Patient hier zwar die Behandlung durch einen selbst ausgewählten Spezialisten sichern lassen, er muss in der Regel aber auch die Behandlung durch Ärzte im gleichen Fachgebiet mit ähnlicher Qualifikation zulassen. Nur Behandlungen durch Berufsanfänger oder Ärzte aus einem anderen Fachgebiet können beanstandet werden. Dieses Risiko kann jedoch dadurch umgangen werden, dass im Versicherungsvertrag die Behandlung durch einen Chefarzt ausdrücklich zugesichert wird.

3.4 Medikamente

Ein weiterer großer Vorteil, den privat Krankenversicherte im Vergleich zu den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen haben, ist die Kostenerstattung für Medikamente. Diese fällt bei der PKV weit unkomplizierter und vor allem umfangreicher aus als bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Da die Krankenkassen bestrebt sind, die Kosten für die Gesundheitsversorgung ihrer Mitglieder möglichst gering zu halten, werden in der Regel nur die Kosten für bestimmte, von der Krankenkasse explizit zugelassene Medikamente übernommen. Insbesondere ist damit die Kostenübernahme für homöopathische Mittel oder alternative Behandlungsmethoden ausgeschlossen. Falls der Patient nicht zugelassene Medikamente verwendet, muss er die Kosten dafür selbstständig tragen, selbst wenn diese durch einen Arzt verschrieben wurden.

In der PKV gibt es diese Einschränkung nicht. Grundsätzlich werden die Kosten für alle Medikamente übernommen, für die ein Rezept durch einen Arzt ausgestellt wurde. Das kann auch Mittel außerhalb der Schulmedizin und alltägliche Präparate wie Kopfschmerzmittel umfassen. Die private Krankenversicherung kann die Kostenübernahme nur dann verweigern, wenn es eine günstige Alternative des gewählten Medikaments auf dem Markt gibt, die eine identische Wirkung hat. Deshalb sollte vor der Medikamentenbeschaffung die Bestätigung der Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung eingeholt werden.

3.5 Zahnersatz

Kaum ein anderer Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wurde durch die Kürzungen im Gesundheitssystem so stark reduziert wie die Kostenübernahme für Zahnersatz. Die Krankenkassen übernehmen nur noch die absolut notwendigsten zahnärztlichen Behandlungen und diese auch nur noch bis zu gewissen Höchstbeträgen. Fast immer muss der Patient dabei privat zuzahlen. Auch die Kosten für den Einsatz neuester und besonders effektiver Entwicklungen in der Zahnmedizin, etwa Zahnimplantate, werden nicht übernommen. Stattdessen müssen Kassenpatienten deshalb oft auf Brücken oder minderwertige Kronen ausweichen, um die Kosten möglichst niedrig zu halten.

Die PKV gewährt hier einen wesentlich umfangreicheren Schutz. Die übernahmefähigen Kosten werden in der Regel nicht von der Behandlungsart abhängig gemacht. Stattdessen übernimmt die PKV die Kosten für alle Behandlungen, solange diese einen jährlichen Gesamtbetrag nicht übersteigen. Die Höhe dieses Gesamtbetrages ist abhängig vom gewählten Tarif und meist gestaffelt. Diese sogenannten Zahnstaffeln sehen meist so aus, dass sich der jährliche Gesamtbetrag in jedem Jahr des Versicherungsschutzes erhöht. So kann beispielsweise ein anfänglicher Gesamtbetrag von 1000 Euro vereinbart werden, der sich innerhalb von 10 Jahren auf 10.000 Euro erhöht. Auch hier gilt wieder, dass die konkrete Gestaltung der Zahnstaffeln in den unterschiedlichen Tarifen stark variieren kann.

Alternativ zu diesen Zahnstaffeln gibt es auch Tarifmodelle, in denen die Kosten für Zahnersatz zwar nur zu einem bestimmten Prozentsatz, dafür aber unabhängig von jährlichen Gesamtbeträgen versichert werden. Der Patient trägt den Differenzbetrag dann selbst. Für Menschen, die wenige Probleme mit ihren Zähnen haben, bietet sich eher das Modell der Zahnstaffeln an. Bei Patienten mit schlechtem Gebiss, die sehr häufig Zahnersatz benötigen, ist dieses Prozentmodell aber eine auf Dauer sehr günstige Lösung.

Der in der jüngeren Vergangenheit sehr stark reduzierte Versicherungsschutz für Zahnersatz bei den Krankenkassen hat für eine hohe Nachfrage bei den Zahnzusatzversicherungen der PKV gesorgt. Damit können auch Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einen umfassenden Versicherungsschutz für Zahnersatz abschließen.

3.6 Kieferorthopädische Behandlungen

Wie auch beim Zahnersatz bietet die PKV für kieferorthopädische Behandlungen einen wesentlich weiteren Versicherungsschutz als die gesetzliche Krankenversicherung. Die Modelle entsprechen dabei denen des Zahnersatzes. Je nach Tarif werden die Kosten bis zu einem Gesamtbetrag übernommen, der mit der Dauer des Versicherungsvertrags kontinuierlich ansteigt oder prozentual bezuschusst. Welches dieser Modelle im Einzelfall eine möglichst günstige Behandlung verspricht, hängt in erster Linie vom eigenen Bedarf an

kieferorthopädischer Behandlung ab. Je mehr dieser Leistungen beansprucht werden, desto eher lohnt sich das prozentuale Modell.

Auch bei der Bestimmung eines Versicherungsfalls sind die privaten Krankenversicherungen im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung sehr kulant. Behandlungskosten werden nicht nur in Fällen übernommen, in denen ein kieferorthopädischer Eingriff unbedingt nötig ist, sondern auch dann wenn er lediglich dazu dient, kleinere Beschwerden des Patienten zu beseitigen. Über die Möglichkeit privater Zusatzversicherungen können auch Kassenpatienten ihren Bedarf an kieferorthopädischen Behandlungen versichern lassen.

3.7 Sehhilfen

Die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen werden von den gesetzlichen Krankenkassen in der Regel gar nicht übernommen. Auch im Basistarif der PKV und vielen Grundtarifen ist dieser Versicherungsschutz nicht enthalten, kann jedoch als freiwilliger Bestandteil der privaten Krankenversicherung mitversichert werden. Auch die PKV gewährt nur dann Leistungen für Sehhilfen, wenn diese medizinisch notwendig sind und durch einen Arzt verschrieben wurden. Selbst dann werden jedoch in der Regel nicht die vollen Kosten übernommen.

Stattdessen wird in den meisten privaten Krankenversicherungen eine Selbstbeteiligung für Sehhilfen vereinbart. Die PKV trägt dann nur die Kosten, die über diesen Betrag hinausgehen. In der Regel lohnt sich eine solche freiwillige Zusatzversicherung deshalb für Menschen, die wegen Hornhautverkrümmung, Augenkrankheiten oder sonstigen Sonderfällen auf besonders teure Sehhilfen angewiesen sind. Von den Leistungen der PKV zu unterscheiden sind die sogenannten Brillenversicherungen, die oft von Optikern gegen günstige Beiträge angeboten werden und im Fall einer Beschädigung oder eines Verlustes der Brille greifen.

3.8 Alternative Behandlungsmethoden

Auch wenn die PKV grundsätzlich einen wesentlich höheren Versicherungsschutz im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, erfolgt die Kostenübernahme für Behandlungen meist nur für schulmedizinisch anerkannte Maßnahmen. Dies schließt insbesondere alternative Behandlungsmethoden wie Akupunktur, Behandlungen durch Heilpraktiker, homöopathische Medikation oder besondere Massagen aus.

Diese Einschränkung gilt zumindest für günstige Tarife der PKV. Menschen, die Wert auf Behandlungsmöglichkeiten abseits der Schulmedizin legen, können diese jedoch in Spezialtarifen mitversichern, allerdings selbstverständlich gegen höhere Gebühren. Die Entscheidung über die Kostenübernahme liegt selbst in diesen Tarifen letztendlich beim Anbieter der privaten Krankenversicherung. Vor dem Beginn der alternativen

Behandlungsmethode sollte deshalb unbedingt mit der Versicherung geklärt werden, ob die Methode vom Versicherungsschutz umfasst ist.

3.9 Massagen und Physiotherapie

Viele Menschen verbinden mit dem Begriff der Massagen nur sehr wohltuende und entspannende, medizinisch jedoch nicht unbedingt notwendige Behandlungen. So sehen das auch die Krankenkassen. Massagen werden deshalb grundsätzlich nur teilweise finanziert. Es gibt jedoch viele Patienten, die aufgrund verspannter Muskeln unbewusst eine sogenannte Schonhaltung einnehmen. Langfristig führt das zu Haltungsschäden und gesundheitlichen Problemen im Alter.

Die PKV übernimmt in einigen Tarifen deshalb die Kosten für Massagen vollständig. Der günstige Basistarif, dessen Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen ist, sieht diesen Versicherungsschutz jedoch nicht vor. Einige Anbieter privater Krankenversicherungen versichern die Massagekosten bereits im Standardtarif, es müssen also keine freiwilligen Bestandteile zusätzlich abgeschlossen werden. Bei anderen Anbietern sind Massagen erst ab den Komforttarifen enthalten, die auch Versicherungsschutz für die Kosten von Physiotherapie, Krankengymnastik und Heißlufttherapien bieten. Bei der Wahl des richtigen Versicherungstarifs sollten Sie deshalb nicht nur auf besonders günstige Angebote achten, sondern auch auf den Leistungsumfang der jeweiligen Tarife.

3.10 Psychotherapie

Erst langsam setzt sich bei den Menschen, die von psychischen Problemen betroffen sind und der Gesellschaft die Erkenntnis durch, dass auch diese Probleme gesundheitlicher Natur sind und einer professionellen Behandlung bedürfen. Dennoch werden Psychotherapien auch von den privaten Krankenversicherungen derzeit nur sehr eingeschränkt und unter engen Voraussetzungen versichert. Wichtigste Voraussetzung ist dabei, dass die Psychotherapie von einem Arzt verschrieben wurde. Auch die Durchführung der Therapie muss entweder durch einen Arzt persönlich erfolgen oder er muss die behandelnde Person ohne ärztliche Qualifikation überwachen.

Teilweise werden Psychotherapien auch ganz vom Versicherungsschutz der PKV ausgeschlossen. Eine absolvierte Psychotherapie in der Krankengeschichte führt zudem bei vielen Anbietern von privaten Krankenversicherungen sogar zur Ablehnung des Versicherungsantrags, selbst wenn die Behandlung erfolgreich war. Diese Versicherer scheuen erstens das Risiko, dass in Zukunft eine erneute teure Psychotherapie nötig werden könnte, zweitens sind vor allem Psychopharmaka sehr teuer. Um das Leistungsrisiko gering zu halten, werden solche Antragsteller deshalb in vielen privaten Krankenversicherungen abgelehnt. Erst wenn ein Zeitraum von mindestens 10 Jahren nachgewiesen werden kann, in

dem keine Psychotherapie erfolgte, kommt dann wieder ein privater Versicherungsvertrag in Betracht.

4 Aufnahmevoraussetzungen und Wechsel GKV-PKV

Wichtigstes Kriterium für die Aufnahme in der privaten Krankenversicherung ist die Befreiung von der Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Beamte, Selbstständige und Freiberufler sind automatisch von der Versicherungspflicht befreit. Arbeitnehmer können sich dann befreien lassen, wenn ihr Einkommen die sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet. Diese Grenze wird jährlich angepasst und liegt bei etwa 50.000 Euro jährlich. Für die Berechnung ist dabei das Bruttogehalt, also das Einkommen vor steuerlichen Abzügen, relevant.

Wenn das jährliche Bruttogehalt unterhalb dieser Grenze liegt, ist ein Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung nicht möglich. Es besteht dann allerdings die Möglichkeit, die Leistungen der GKV mit privaten Zusatzversicherungen zu ergänzen. Übersteigt das Gehalt die Versicherungspflichtgrenze, kann gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung ein Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht gestellt werden.

Für freiberufliche Künstler und Journalisten, die meist Mitglieder der Künstlersozialkasse sind, gelten dieselben Grenzen wie für Arbeitnehmer. In diesen Fällen übernimmt die Künstlersozialkasse im Falle des Wechsels in die private Krankenversicherung jedoch einen Teil der Beiträge für die PKV. Studenten sind grundsätzlich zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet. Allerdings können sie sich zu Beginn des Studiums auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen und eine private Vollversicherung abschließen. Die privaten Krankenversicherungen bieten für diese Zielgruppe günstige Studententarife an, die alle Studenten bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres in Anspruch nehmen können.

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung sind die privaten Krankenversicherungen nicht zur Aufnahme von Mitgliedern verpflichtet. Vor dem Vertragsschluss wird das für die Krankenversicherung bestehende Risiko analysiert, deshalb können etwa bestehende Vorerkrankungen einem Wechsel in die Private Krankenversicherung entgegenstehen. In den meisten Fällen ist jedoch auch bei Vorerkrankungen der Abschluss einer privaten Krankenversicherung möglich, allerdings werden hierbei dann meist bestimmte Leistungen ausgeschlossen oder Risikozuschläge erhoben.

5 Vor- und Nachteile PKV/GKV

Viele Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung fühlen sich gegenüber Privatversicherten benachteiligt, etwa wenn diese im sofort durch den Arzt aufgerufen werden, während die gesetzlich Versicherten viel länger im Wartezimmer der Praxis ausharren müssen. Die private Krankenversicherung bietet für viele Personengruppen tatsächlich eine ganze Reihe von Vorteilen und Annehmlichkeiten. Dass Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch zu Patienten zweiter Klasse werden, ist allerdings nicht zu befürchten. Vielmehr hat auch die gesetzliche Pflichtversicherung viele Vorzüge und auch in der PKV gibt es Nachteile.

Wer mit dem Gedanken spielt, von der GKV in die PKV zu wechseln, sollte sich deshalb zunächst mit den Unterschieden beider Systeme und insbesondere mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen im Vergleich vertraut machen. Je nach den eigenen Voraussetzungen und Bedürfnissen kann die Mitgliedschaft in der GKV auch bei nicht bestehender Versicherungspflicht vorzugswürdig sein.

Zunächst einmal gilt es, mit dem Vorurteil aufzuräumen, dass die Beiträge für die PKV günstiger seien und dabei mehr Leistung bieten als die gesetzliche Krankenversicherung. Dies trifft in vielen Fällen zwar zu, kann jedoch im Einzelfall auch genau umgekehrt sein. So übernimmt die GKV etwa die Kosten für bestimmte Leistungen für die Behandlung von Kindern, die in der PKV oft nur gegen erhebliche Aufpreise in Anspruch genommen werden können. Kinder und erwerbslose Ehegatten sind in der GKV automatisch mitversichert, bei den privaten Krankenversicherungen müssen diese Personen meist zusätzlich und teuer versichert werden.

Zudem handelt es sich bei der GKV um eine Solidargemeinschaft. Die Versicherungsbeiträge richten sich ausschließlich nach dem Einkommen, die gesunden Mitglieder zahlen also für die Behandlung der kranken Mitglieder, und profitieren dann umgekehrt im Krankheitsfall selbst von diesem System. Bestehende Vorerkrankungen und Risikofaktoren machen sich nicht negativ in der Höhe der Beiträge bemerkbar. Die GKV eignet sich deshalb insbesondere für Menschen mit Vorerkrankungen oder risikoreichen Berufen, da sie auf dem Markt der privaten Krankenversicherungen entweder gar keinen oder nur sehr teure Versicherungsverträge erhalten würden. Auch für Familien stellt die GKV eine günstige Möglichkeit der Krankenversicherung dar

Dafür haben privat versicherte Personen den Vorteil, verschiedene Leistungen aus dem Angebot der PKV auszuwählen, und so ein individuelles Paket zusammenzustellen, das ideal an die eigenen Bedürfnisse angepasst ist. Bei den GKV wird der Leistungsinhalt dagegen ausschließlich von der Politik bestimmt, es gibt keine Möglichkeit, auf Besonderheiten des Einzelfalls zu reagieren, indem man zum Beispiel auf unnötige Leistungen verzichtet, und

dafür andere Vorteile erhält. Da das Leistungsangebot der GKV immer gleich bleibt und nur durch die Politik für alle Versicherten geändert werden kann, haben alle Versicherten immer den gleichen Anspruch, unabhängig vom Alter. In der PKV gibt es dagegen über Altersrückstellungen die Möglichkeit, in der Jugend nicht in Anspruch genommene Leistungen für den erhöhten Bedarf im Alter anzusparen.

In den meisten Fällen übernimmt die PKV auch wesentlich höhere Behandlungskosten als die GKV. So können auch nicht unbedingt notwendige, aber dennoch angeratene Behandlungen ohne Selbstbeteiligung in Anspruch genommen werden. Im Vergleich hierzu müssen sich Ärzte bei der Behandlung von Mitgliedern der GKV oft an ein enges Budget halten. Das hat jedoch wiederum den Vorteil, dass vorher genau feststeht, welche Kosten ersetzt werden und welche nicht. In der PKV kommt es dagegen oft zu Auseinandersetzungen mit der Versicherung, ob ein bestimmter Anspruch nun besteht oder nicht. Diese Streitigkeiten landen oft vor Gericht.

Ob sich der Wechsel von der GKV in die PKV lohnt, kann deshalb nicht pauschal beantwortet werden. Es kommt wie so oft auf die eigene Situation und die Umstände des Einzelfalls an. Familien werden wohl eher in der GKV bleiben wollen, während Freiberufler und Singles oft in der GKV besser aufgehoben sind. Doch auch wenn sich Mitglieder der GKV gegen einen Wechsel in eine private Vollversicherung entscheiden, können diese von den angebotenen Leistungen profitieren. Alle privaten Krankenversicherungen bieten Zusatzversicherungen an, mit denen das Leistungsprogramm der GKV ergänzt werden kann.

Über diese Zusatzversicherungen können beispielsweise die Kosten für Zahnersatz, ein Einzelzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt oder eine Behandlung durch den Chefarzt abgesichert werden. Die Zusatzversicherungen sind unabhängig vom Bestehen einer Versicherungspflicht. Sie stehen also auch den Mitgliedern der GKV zur Verfügung, deren Einkommen die Grenze für eine Freistellung von der Versicherungspflicht nicht übersteigt. Vor allem Familien haben hierdurch eine Möglichkeit, private Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen, und zahlen hierfür im Vergleich zur privaten Vollversicherung sehr günstige Tarife.

6 Berufsgruppen

Auch wenn das Leistungsangebot der PKV sehr verlockend ist, nicht jeder Bürger kann einfach von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechseln. Das würde zu einem drastischen Rückgang der Mitgliederzahlen in der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Da diese jedoch eine Sozialgemeinschaft darstellt, in der die in Anspruch genommenen Leistungen nur finanziert werden können, wenn genug Beitragszahler

vorhanden sind, wäre die gesetzliche Krankenversicherung bei einer absolut freien Wahlmöglichkeit nicht mehr tragbar.

Um diese Massenflucht in die PKV zu verhindern, existiert grundsätzlich eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nur wer von dieser Pflicht befreit ist, kann vollständig in die PKV wechseln. Dies hängt wiederum damit zusammen, zu welcher Berufsgruppe man gehört. So sind etwa Beamte und Freiberufler automatisch von der Versicherungspflicht befreit, während diese Befreiung bei Angestellten erst ab der Überschreitung einer bestimmten Einkommensgrenze eintritt. Doch auch Menschen, für die eine Versicherungspflicht besteht, können über die sogenannten freiwilligen Zusatzversicherungen am umfassenden Versicherungsschutz der PKV teilhaben.

6.1 Selbständige und Freiberufler

Selbständige und Freiberufler sind unabhängig von ihren Einkünften von der Versicherungspflicht befreit. Sie können also frei wählen, ob sie in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sein wollen. Die meisten Anbieter der PKV bieten dabei günstige Leistungen und Tarife für Selbständige und Freiberufler an. Gerade alleinstehende Existenzgründer können mit diesen Tarifen im Vergleich zur GKV viel Geld sparen.

Besonders wichtig für Selbständige und Freiberufler ist dabei die Zahlung eines Krankentagegeldes. Da im Krankheitsfall keine Lohnfortzahlungsansprüche bestehen, laufen die Angehörigen dieser Berufsgruppen stets Gefahr, dass die eigene finanzielle Existenz durch eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bedroht wird. Durch die Zahlung eines Krankentagegeldes wird dieses Risiko abgefangen.

6.2 Beamte, Richter und Soldaten

Der Staat gewährt Beamten, Richtern und Soldaten als Dienstherr jede Menge Vorteile und Annehmlichkeiten, die eine Verbeamtung sehr attraktiv machen. Insbesondere ist der Staat seinen Bediensteten zu besonderer Sorge verpflichtet und muss diese auch bei der eigenen Gesundheitsvorsorge unterstützen. Deshalb hat diese Berufsgruppe im Krankheitsfall einen Beihilfeanspruch gegen den Staat. Dieser trägt dann die Behandlungskosten bis zu einem gewissen Prozentsatz, mindestens jedoch zur Hälfte.

Da Beamte, Richter und Soldaten automatisch von der Versicherungspflicht befreit sind, müssen sie nur noch den Restanteil der Behandlungskosten privat versichern. Ihnen stehen deshalb besonders günstige Tarife und umfangreichere Leistungen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung. So können sie etwa im Gegensatz zu den üblichen Tarifen Zahnbehandlungen nicht nur ab einer gewissen Selbstbeteiligung oder bis zu Gesamtbeträgen versichern, sondern können die Kosten vollständig übernehmen lassen.

6.3 Höherverdienende Arbeitnehmer

Arbeitnehmer in unselbstständigen Beschäftigungsverhältnissen machen die große Mehrheit der deutschen Bürger aus. Sie sind gleichzeitig die einzige Berufsgruppe, die nicht von der gesetzlichen Versicherungspflicht befreit ist. Erst ab dem Überschreiten einer gewissen Einkommensgrenze endet die Versicherungspflicht und der Arbeitnehmer hat die Möglichkeit, von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung zu wechseln.

Die Höhe dieser Einkommensgrenze wird jedes Jahr neu festgelegt, bewegt sich aber im Bereich um 50.000 Euro jährlich. Maßgeblich ist hierfür das Bruttoeinkommen ohne Sonderzahlungen wie Urlaubs- oder Weihnachtsgeld. Wenn das eigene Einkommen diese Grenze überschreitet, kann bei der Krankenkasse ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt und ein privater Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen werden.

6.4 Zusatzversicherte Mitglieder der GKV

Selbstverständlich wäre es ungerecht, wenn nur bestimmte Berufsgruppe oder gutverdienende Arbeitnehmer vom Versicherungsschutz der PKV profitieren könnten. Das würde zu einem Zweiklassensystem im Gesundheitswesen führen, in dem sich geringverdienende Arbeitnehmer mit einem schlechteren Gesundheitsschutz abfinden müssten. Deshalb bieten die privaten Krankenversicherungen freiwillige Zusatzversicherungen an, die auch den Mitgliedern der GKV zur Verfügung stehen.

Da diese gesetzlich versicherten Arbeitnehmer bereits einen Grundschutz durch die GKV haben, fallen bei der Zusatzversicherung die Kosten für diese private Grundabsicherung weg. Für die Zusatzversicherung werden deshalb sehr günstige Tarife angeboten, in denen wesentliche Leistungen der PKV schon für geringe monatliche Beiträge versichert werden können. Viele gesetzlich Versicherte nutzen dabei beispielsweise den in der GKV nur unzureichend gegebenen Versicherungsschutz für Zahnbehandlungen der privaten Versicherer. Auch Zwei- oder Einzelbettversicherungen im Krankenhaus sind beliebte Arten der freiwilligen privaten Zusatzversicherung.

7 Gut zu wissen

Vor dem Wechsel in die private Krankenversicherung oder dem Abschluss einer Zusatzversicherung sollte sich der Versicherungsnehmer mit den Besonderheiten und Eigenarten der PKV genau vertraut machen. Insbesondere Fragen zur Abrechnung der Leistungen, die Mitversicherung von Familienmitgliedern und die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag müssen geklärt werden.

Zwar besteht heute die Möglichkeit, private Krankenversicherungen im Internet abzuschließen, es empfiehlt sich jedoch unbedingt, zuvor eine Beratung durch einen Versicherungsmakler oder einen unabhängigen Versicherungsberater in Anspruch zu nehmen. Diese können die Versicherungsnehmer über alle Besonderheiten der PKV aufklären, die passenden Tarife empfehlen und stehen auch während der Dauer des Versicherungsvertrags als Ansprechpartner zur Verfügung.

7.1 Abrechnung bei ambulanter und stationärer Behandlung

Die Unterschiede zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung machen sich nicht nur beim Umfang des Versicherungsschutzes bemerkbar, auch die Abrechnung der durch Ärzte erbrachten Leistungen werden anders abgerechnet. So reicht der Arzt die Rechnung für die ambulante Behandlung bei gesetzlich versicherten Patienten direkt bei der Krankenkasse ein. Bei einer Versicherung in der PKV werden die Leistungen dem Patienten jedoch zunächst direkt in Rechnung gestellt, die Rechnung muss dann bei der jeweiligen privaten Versicherung vorgelegt werden. Diese prüft, ob ein Anspruch auf die Leistung bestand und überweist das Geld auf das Konto des Patienten.

Bei der stationären Behandlung im Krankenhaus werden die Kosten jedoch ebenfalls direkt mit dem Versicherungsunternehmen abgerechnet. Nur Zusatzleistungen, wie etwa die Unterbringung in einem Einzelzimmer oder die Behandlung durch den Chefarzt werden wieder dem Patienten in Rechnung gestellt und von diesem an die private Krankenversicherung weitergeleitet. Diese Vorgehensweise macht es natürlich erforderlich, dass sich der Versicherungsnehmer noch vor der Behandlung darüber informiert, ob die Versicherung die Kosten auch trägt. Hierfür kann er im Vorfeld der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung beantragen.

7.2 Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung

So kompliziert der Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung in die PKV auch sein mag, der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung stehen ebenfalls große Hürden im Weg. So kann ein privat versicherter Arbeitnehmer, dessen Einkommen den Versicherungspflichtbetrag übersteigt, nach dem Wechsel nicht in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren. Einzige Ausnahme ist eine Familienversicherung. Erst wenn das Einkommen unter die Pflichtgrenze sinkt, ist eine Rückkehr möglich, dann allerdings nur bis zum 55. Lebensjahr.

Diese Schwierigkeiten bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung machen es erforderlich, sich vor einem Wechsel genau damit auseinanderzusetzen, ob eine private Vollversicherung langfristig günstiger ist, als die gesetzliche Krankenversicherung. Für alleinstehende Gutverdiener ist das meistens der Fall, gerade für Familien ist jedoch oft die gesetzliche Krankenversicherung die bessere Alternative. Insbesondere sollte man sich bei

seiner Entscheidung nicht durch günstige Locktarife beeinflussen lassen und die Beitragsentwicklung in der Zukunft berücksichtigen. Auch die Tatsache, dass bei einem Wechsel zurück in die gesetzliche Krankenversicherung die in der PKV angesparten Altersrückstellungen verloren gehen, erschwert vielen privat Versicherten die Rückkehr.

7.3 Kinder in der Privaten Krankenversicherung

Ob die PKV wirklich eine im Vergleich zur GKV günstige Vollversicherung ist, kann nicht pauschal beantwortet werden. Es kommt vor allem auf die eigenen Lebensumstände an. Für gutverdienende Singles lässt sich durch den Ersatz der gesetzlichen mit einer privaten Vollversicherung in der Regel viel Geld sparen. Allerdings gibt es in der PKV keine kostenlose Familienversicherung, wie sie in der GKV existiert. Hier fallen für die Mitversicherung von Kindern keine zusätzlichen Beiträge an. In der privaten Krankenversicherung muss jedoch jedes Kind zusätzlich versichert werden.

Zu beachten ist auch, dass privat versicherte Kinder auch nach Eintritt in die Volljährigkeit nur schwer in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln können. Dies ist nur möglich, wenn das Kind ein Studium an einer Hochschule oder eine Berufsausbildung in einem Betrieb aufnimmt, da dann wieder die Versicherungspflicht greift. Auch wenn die Voraussetzungen für die gesetzliche Familienversicherung wieder vorliegen, ist ein Wechsel eines privat versicherten Kindes in die GKV möglich.

7.4 Kindernachversicherung

Die private Krankenversicherung von neugeborenen Kindern ist innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten auch nachträglich möglich. Das setzt voraus, dass der Versicherungsschutz durch den Anbieter bereits für mindestens drei Monate vor der Geburt besteht. Dann kann die Aufnahme des neugeborenen Kindes in die PKV beantragt werden. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nun auch auf den Zeitraum zwischen Geburt und Antragstellung, wenn dieser zwei Monate nicht überschreitet.

Für den Zeitpunkt der Geburt kommt es auf die Vollendung durch Durchtrennung der Nabelschnur an. Sämtliche Behandlungen, die für das Kind ab diesem Zeitpunkt bis zur Antragstellung notwendig werden, können über die Kindernachversicherung versichert werden. Im Vergleich zur Kindernachversicherung bei den privaten Versicherern werden Kinder ab der Geburt in der GKV automatisch und kostenlos in der Familienversicherung mitversichert.

7.5 Anwartschaftsversicherung

Die privaten Versicherungsunternehmen machen sowohl die Annahme eines Antragstellers als auch die Höhe der zu zahlenden Beiträge von einer Gesundheitsprüfung abhängig.

Vorerkrankungen können zu einer Erhöhung der Beiträge oder sogar zur Ablehnung führen. Auch das Alter spielt eine wichtige Rolle für die Beitragsbemessung. Je jünger man in die private Krankenversicherung eintritt, desto geringer ist die Beitragsbelastung.

Deshalb kann es sich für bestimmte Personengruppen lohnen, eine Anwartschaftsversicherung abzuschließen. Diese garantiert die spätere Aufnahme in die private Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Das empfiehlt sich vor allem für gesetzlich Versicherte, die zwar nicht sofort, aber in absehbarer Zeit in die private Krankenversicherung wechseln wollen, zum Beispiel Studenten, die später verbeamtet werden sollen. Innerhalb der Anwartschaftsversicherung wird zwischen kleiner und großer Anwartschaft unterschieden. Die kleine Anwartschaft ermöglicht die spätere Aufnahme in die private Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Bei der großen Anwartschaft ist zusätzlich hierzu das Alter zu Beginn der Anwartschaft statt dem Alter zu Beginn des tatsächlichen Wechsels für die Beitragsbemessung maßgeblich.

7.6 Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, seinen gesetzlich versicherten Arbeitnehmern einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen zu zahlen. Die Beiträge werden hierbei zur Hälfte vom Arbeitgeber und zur anderen Hälfte vom Einkommen des Arbeitnehmers bestritten. Grundsätzlich steht auch den Mitgliedern einer PKV ein Anspruch auf Bezuschussung der Beiträge zu, hierbei sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten.

Zunächst muss der gewählte private Tarif einen vollwertigen Ersatz der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen, also mindestens den gleichen Versicherungsschutz bieten. Natürlich darf der Versicherungsschutz auch über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, allerdings wird für die Beitragsbemessung nur der Bestandteil der Beiträge beachtet, die den mit der GKV vergleichbaren Schutz finanzieren. Etwaige freiwillige Zusatzversicherungen bleiben also grundsätzlich unbeachtet. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz ist das Krankentagegeld, das ebenfalls bezuschusst werden kann. Der Arbeitgeberzuschuss darf die Höhe des für die gesetzliche Krankenversicherung fälligen Zuschusses nicht überschreiten. Falls für die PKV geringere Beiträge gezahlt werden, als für die PKV anfallen würden, bemisst sich auch der Arbeitgeberzuschuss nach diesem geringeren Betrag.

Für die Höhe des Anspruchs auf Arbeitnehmerzuschuss spielt es jedoch keine Rolle, ob der Versicherungsunternehmer Beitragsrückzahlungen erhält. Diese mindern den Zuschuss also nicht. Falls daher Beitragsrückzahlungen im Vertrag vereinbart sind, erhält der Versicherungsnehmer über den Arbeitgeberzuschuss hinaus faktisch eine weitere Unterstützung zur privaten Gesundheitsvorsorge.

7.7 Informationspflichten

Die Zusammenhänge rund um die PKV können für Laien unter Umständen schwer zu verstehen sein. Auch die Vielfalt der verschiedenen Tarife und Leistungen macht eine Orientierung auf dem Gebiet der privaten Krankenversicherung nicht leichter. Deshalb ist der Versicherer grundsätzlich dazu verpflichtet, seine Kunden ausreichend zu informieren, um ihm beispielsweise die Wahl eines richtigen Tarifs anzubieten. Diese Informationspflicht besteht grundsätzlich jedoch nur, wenn der Kunde von sich aus beim Versicherer nachfragt. Der Versicherer muss nicht selbst auf den Kunden zukommen.

Besonders relevant wird dieser Umstand beim Tarifwechsel. Hier ist der Versicherer ausnahmsweise dazu verpflichtet, einem Kunden der seinen Tarif wechseln möchte auch auf eventuell günstigere Tarife mit geringeren Beiträgen hinzuweisen. Auch bei Kunden, die älter als 60 Jahre sind, besteht eine besondere und selbstständige Informationspflicht für den Anbieter der privaten Krankenversicherung. Diese Kunden müssen über neue günstige Tarife, die einen ähnlichen Versicherungsschutz bieten wie der derzeitige Tarif, unaufgefordert und umfassend informiert werden.

Auch beim Vertragsabschluss muss der Kunde nicht nur über die tatsächlich anfallenden Beiträge, sondern auch über die in der Zukunft zu erwartende Beitragsentwicklung, Höhe der Altersrückstellungen, Provisionen für Makler und sonstige Faktoren aufgeklärt werden, die Einfluss auf die Entscheidung haben können. Auch auf die erschwerte Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung muss der potenzielle Kunde bereits vor Vertragsschluss hingewiesen werden.

8 Wechsel und Kündigung

Wer sich einmal für eine private Krankenversicherung entschieden und den Versicherungsschutz der GKV verlassen hat, kann nur noch unter sehr erschwerten Bedingungen in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren. Der Wechsel zu einer anderen Versicherung ist dann nur noch innerhalb des privaten Versicherungssystems möglich. Ein solcher Wechsel von einer PKV in eine andere Versicherungsgesellschaft bringt unter Umständen eine Reihe von Nachteilen mit sich, derer sich der Verbraucher klar sein sollte.

Wer möglichst jung in die private Krankenversicherung eintritt, kann bei den Beiträgen bares Geld sparen. Bei einem Wechsel der PKV ist dann aber nicht das Alter maßgeblich, in dem zum ersten Mal ein privater Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde, sondern das Alter des Wechsels. Hierdurch kann sich der monatliche Beitrag in der neuen PKV im Vergleich zu den Kosten für den alten Versicherungsschutz empfindlich erhöhen. Auch die

Altersrückstellungen, also das in jungen Jahren angesparte Guthaben, das die höheren Beiträge im Alter abfangen soll, können nur zu einem bestimmten Anteil mitgenommen werden, der Rest geht verloren und wurde rückblickend betrachtet verschwendet. Zusätzlich ist beim Wechsel eine neue Gesundheitsprüfung fällig, Vorerkrankungen können deshalb ebenfalls zu höheren Beiträgen, Leistungsausschlüssen oder Risikozuschlägen führen. Vor dem Wechsel der PKV sollte deshalb genau berechnet werden, ob diese Nachteile durch die Vorteile des neuen Tarifs ausgeglichen werden.

Vor der Kündigung der alten privaten Krankenversicherung sollte auf jeden Fall eine feste Zusage der neuen Krankenversicherung vorliegen, um Probleme durch Lücken im Versicherungsschutz zu vermeiden. Für die Kündigung sind besondere Fristen vorgesehen. Die normale Kündigungsfrist beträgt je nach Versicherungsvertrag drei Monate zum Ende eines Kalenderjahres oder des Versicherungsjahres. Zu beachten ist aber, dass die meisten Anbieter privater Krankenversicherungen unterschiedlich lange Mindestlaufzeiten vorschreiben. In diesen Zeiträumen ist eine Kündigung nicht möglich. Wenn eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt, etwa weil die Voraussetzungen für die kostenlose Familienversicherung vorliegen oder weil ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis eingegangen wird, muss die PKV nicht gekündigt werden, der private Versicherungsvertrag erlischt dann automatisch mit dem Beginn der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bildquelle: Kurhan / bigstockphoto.com