

**GESUNDHEIT**

**SCHÜTZEN**

**In Gesundheitsfragen auf nichts verzichten und  
auf optimale Vorsorge bauen**

## Vorwort

Gesundheit ist das wichtigste Gut – das zeigt sich immer dann, wenn man gerade krank ist und das Leben vom Bett aus verfolgen muss. Oft genug benötigt man bereits für die Genesung von kleineren Infekten Arzneimittel. Auf den Gang zum Arzt folgt meistens direkt die Apothekenrechnung.

Gesundheit ist den Menschen deshalb einiges wert – und muss es auch, denn die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen gehen stetig zurück, der monatliche Beitrag und der Eigenanteil steigen. In einigen Bereichen, z. B. bei Sehhilfen, gibt es von der GKV gar keine Leistungen mehr.

Eine private Krankenversicherung übernimmt, je nach Tarif, deutlich mehr Leistungen und gibt damit allen Versicherten die Möglichkeit, die eigene Gesundheit kostengünstiger und individuell, auch abseits der Schulmedizin, zu erhalten.

Mit der vorliegenden Broschüre informiert die Gothaer Krankenversicherung AG über das Leistungsspektrum einer privaten Krankenversicherung im Gegensatz zu einer gesetzlichen Krankenkasse. Anhand von lebensnahen Beispielen werden Vorteile aufgezeigt und Gesundheitskosten durchgerechnet.

Impressum:  
Gothaer Krankenversicherung AG  
Gothaer Allee 1  
50969 Köln

## Inhalt

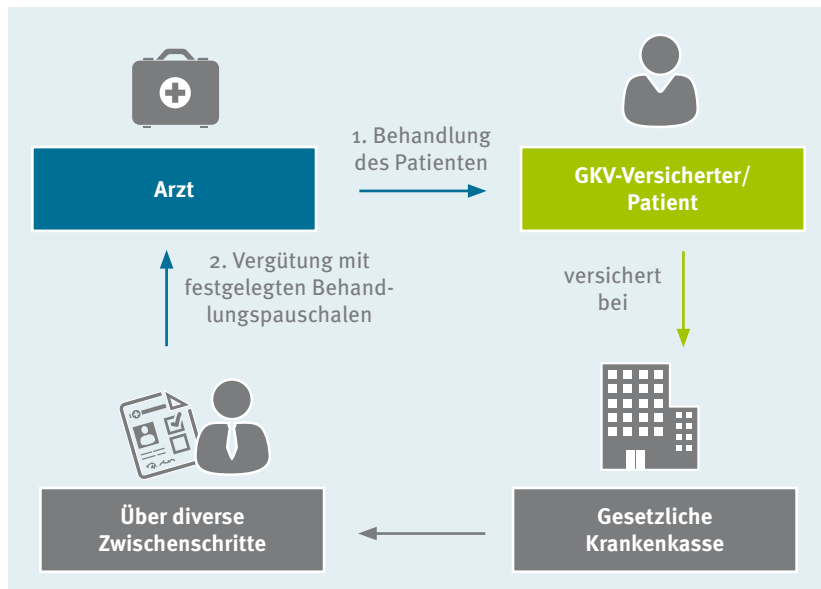
Wie funktioniert die GKV?	4
Wie funktioniert die PKV?	5
Wie entwickeln sich die Beiträge in der PKV?	6
Wie wird der Beitragssatz in der GKV festgelegt?	7
Welches Grundprinzip bestimmt jede Behandlungsmaßnahme?	8
Welche Auswirkung hat das Wirtschaftlichkeitsgebot auf die Leistungen?	9
Was sind IGeL-Leistungen?	10
Welche Vorsorgemöglichkeiten bietet die PKV an?	11
Aus dem Leben gegriffen: Welche Kosten übernehmen die Krankenkassen bei ADHS?	12
Wie werden Behandlungen im Ausland abgerechnet?	13
Wo fallen Zuzahlungen besonders häufig an?	14
Warum haben privat Krankenversicherte oft kürzere Wartezeiten?	15
Welche Vorurteile und Ängste prägen die öffentliche Wahrnehmung?	16
Was sind die Voraussetzungen für einen Wechsel in die PKV?	17
Wie sieht die finanzielle Situation im Kranken- oder Pflegefall aus?	18
Wichtige Begriffe: Was bedeuten JAEG, BBG und Co?	19
Welche Leistungen sind mir wichtig?	20
Welches Produkt passt zu mir?	21

# Wie funktioniert die GKV?

## Alle Versicherten zahlen einen Beitrag gemäß ihrem Einkommen

Wie bei der gesetzlichen Rentenversicherung wird bei den gesetzlichen Krankenkassen der Beitrag nach dem Einkommen kalkuliert. Kinder sind meistens kostenfrei über einen Elternteil mitversichert. In diesem System erhalten aber alle Versicherten trotz Beitragsunterschieden zu ca. 95 % identische Leistungen, mit wenigen Abweichungen der jeweiligen Krankenkassen.

## Das Geld fließt nach dem Sachleistungsprinzip



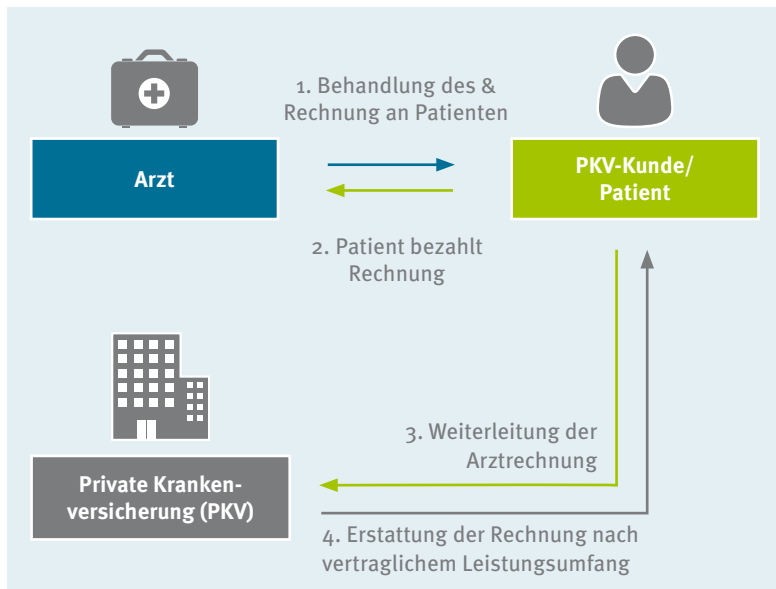
Kassenärzte rechnen für die Patientenversorgung vorher fest definierte Pauschalen ab, die pro Quartal abgerechnet werden können (Regelleistungsvolumen).

# Wie funktioniert die PKV?

## Der Beitrag richtet sich nach Eintrittsalter, gewähltem Tarif und Gesundheitszustand

Wie bei der privaten Altersvorsorge zahlt jeder Versicherte einen individuellen Beitrag gemessen an seinem Tarif, Alter und Gesundheitszustand. Deshalb müssen auch Ehepartner und Kinder zu eigenen Konditionen versichert werden. Innerhalb eines Tarifs bilden Versicherte Kollektive, die Grundlage für die Kalkulation sind. Der im Versicherungsvertrag bestimmte Leistungsumfang bleibt für die gesamte Vertragsdauer gleich.

## Das Geld fließt nach dem Kostenerstattungsprinzip



Ärzte beziehen ihr Honorar zunächst direkt vom Patienten für erbrachte Versorgung. Eventuelle Pauschalen sind vorher festgelegt, diese sind i. d. R. aber höher als die Sätze der gesetzlichen Krankenkassen. Privat Versicherte können sich die Rechnung von der Krankenversicherung erstatten lassen.

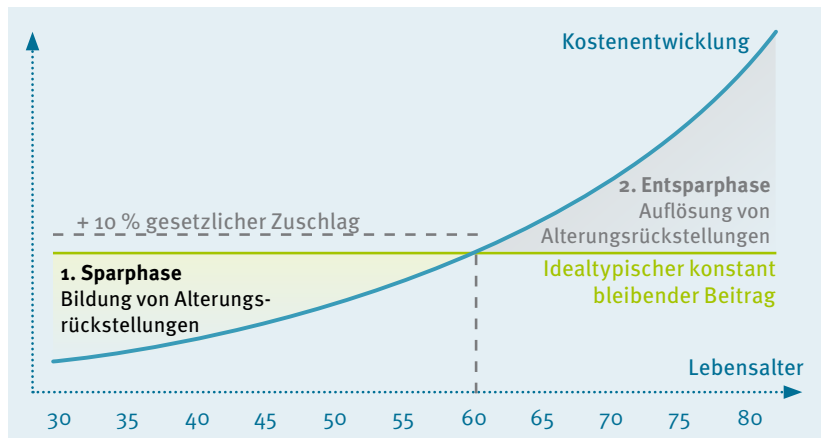
**Tipp:** Ein Privatarzt ist unabhängig von den Vorgaben der GKV und des Sozialgesetzbuchs. Patienten müssen Behandlungen durch einen Privatarzt selbst bezahlen, privat Krankenversicherte können sich den Betrag i. d. R. von der PKV erstatten lassen.

# Wie entwickeln sich die Beiträge in der PKV?

## Gesetzlicher Zuschlag zu Beginn bildet Alterungsrückstellungen

Im Alter von 21 bis 60 Jahren zahlt jeder neu privat Versicherte einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf seinen Beitrag. Dieser ist gesetzlich vorgeschrieben und wird zur Bildung von Alterungsrückstellungen verzinslich angelegt. Das gebildete Kapitalpolster soll Beitragsanpassungen abfedern, die wegen höherer Kosten im Alter zwischen 65 und 80 Jahren für medizinische Versorgung oder inflationsbedingt notwendig werden können.

## Idealtypischer Beitragsverlauf



### Rückstellungen sind Alleinstellungsmerkmal der PKV

- 0 Euro Alterungsrückstellung für 89 % der Bevölkerung in der GKV
- 202 Mrd. Euro Alterungsrückstellung\* für rund 11 % der Bevölkerung in der PKV

\* Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung, Vorläufige Werte für das Geschäftsjahr 2014, Stand: März 2015; PKV und Pflege.

## Spätere Beitragsreduzierung dank dreier Maßnahmen

### Tarifliche Alterungsrückstellungen

- Für steigende Gesundheitskosten im Alter werden Rückstellungen gebildet, die Beitragsanpassungen abfedern.

### Gesetzlicher Zuschlag

- Seit dem 1.1.2000 wird ein Zuschlag von 10 % auf den Beitrag für die zusätzliche Bildung von Alterungsrückstellungen gezahlt.

### Überzins/Direktgutschrift

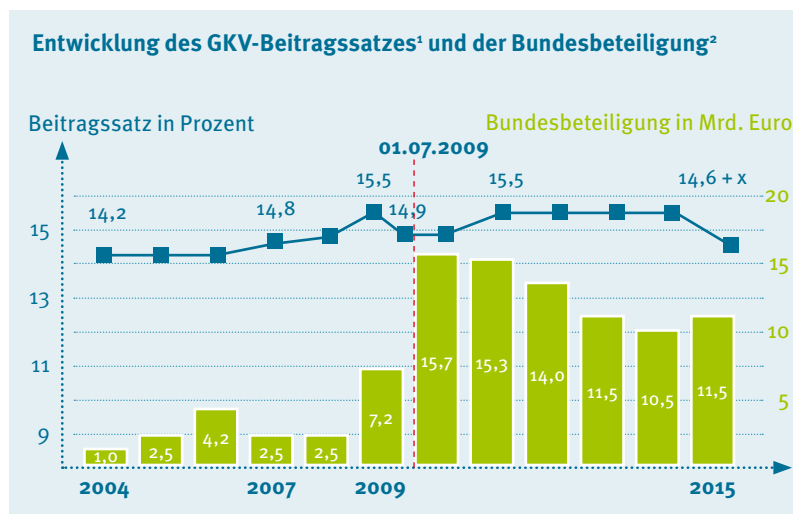
- Der Rechnungszins beträgt derzeit ca. 2,75 %. Alle darüber hinaus erwirtschafteten Gewinne müssen zu 90 % in Alterungsrückstellungen fließen.

# Wie wird der Beitragssatz in der GKV festgelegt?

## Umlageprinzip beeinflusst Beitragsentwicklung

Die Einnahmen der GKV aus Beiträgen und Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds werden direkt für die Gesundheitsausgaben der Versicherten verwendet. In diesem Umlageverfahren werden keine Rückstellungen gebildet. Beitragsanpassungen werden u. a. notwendig, wenn durch demografische Entwicklungen auf weniger werdende Zahler höhere Kosten zukommen.

## Höhere Beiträge trotz steigender staatlicher Zuschüsse



**2004 GKV-Modernisierungsgesetz:** Umfassende Kürzung bei Arzneimitteln, Einführung der Praxisgebühr, Zuzahlung von 10 Euro/Tag bei stationärer Behandlung, nahezu keine Erstattung von Sehhilfen, Abschaffung von Entbindungs- und Sterbegeld.

**2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz:** Leistungskürzungen für „selbstverschuldete“ Krankheiten.

**2009 Bundestagswahl:** Als Wahlkampfversprechen wurde die Beitragssenkung beschlossen.

**2015 Gesundheitsreform:** Beitragssenkung auf 14,6 %, wobei Arbeitgeberbeitrag konstant bei 7,3 % bleibt. Kassenindividuelle Zusatzbeiträge möglich, die AN zusätzlich zahlt (7,3 % + x).

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KM 1

<sup>1</sup>Angaben bis einschließlich 2008 durchschnittliche Beitragssätze aller Krankenkassen; ab 2009 einheitlich vom Gesetzgeber festgelegter Beitragssatz; die Beitragssätze vom 1.7.2005 bis einschließlich 2014 inklusive des von den Mitgliedern allein zu tragenden einheitlichen Beitragsanteils von 0,9 Prozentpunkten; ab 2015 erheben die Krankenkassen von ihren Mitgliedern zusätzlich zum staatlich festgelegten allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % optional kassenindividuelle Zusatzbeitragssätze.

<sup>2</sup> Ab 2014 Zahlbeträge entsprechend den Änderungen durch das Haushaltsbegleitgesetz vom 11.8.2014, Bundesgesetzblatt I S. 1346, ab 2017 dauerhaft 14,5 Mrd. Euro.

# Welches Grundprinzip bestimmt jede Behandlungsmaßnahme?

## Gesetzlicher Zwang zur Wirtschaftlichkeit in der GKV

§ 12 SGB V definiert die Kriterien für eine medizinische Behandlung: „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“. Das bindet Ärzte die Hände, denn eine Maßnahme darf dann nicht eingeleitet werden, wenn es eine günstigere Behandlungsform gibt oder sie nicht unbedingt für die Heilung notwendig ist.

### §

#### 12 SGB V – Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

Vorgaben der GKV verursachen häufig negatives Medienecho

Reportage /  
Dokumentation

Mittwoch, 12. Juli 2006, 22.45 - 23.30 Uhr  
im Ersten

Aktuelle Woche  
Archiv  
Highlights  
Kontakt

**Todkrank und abgeschrieben**  
**Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland**

Ein Film von Jan Schmitt und Marcel Kolvenbach  
Redaktion: Jürgen Thebrath



# Welche Auswirkung hat das Wirtschaftlichkeitsgebot auf die Leistungen?

## Zum Teil deutlich weniger Leistung in der GKV

Im Zuge mehrerer Gesundheitsreformen in den letzten Jahren wurden viele Leistungen in der GKV gekürzt. Das betrifft vor allem Arznei- und Hilfsmittel. Zusätzlich wurden standardisierte Abläufe definiert, die Patienten, Fachärzten und Krankenhäusern wenig Flexibilität lassen.

## Überblick über die Leistungsunterschiede

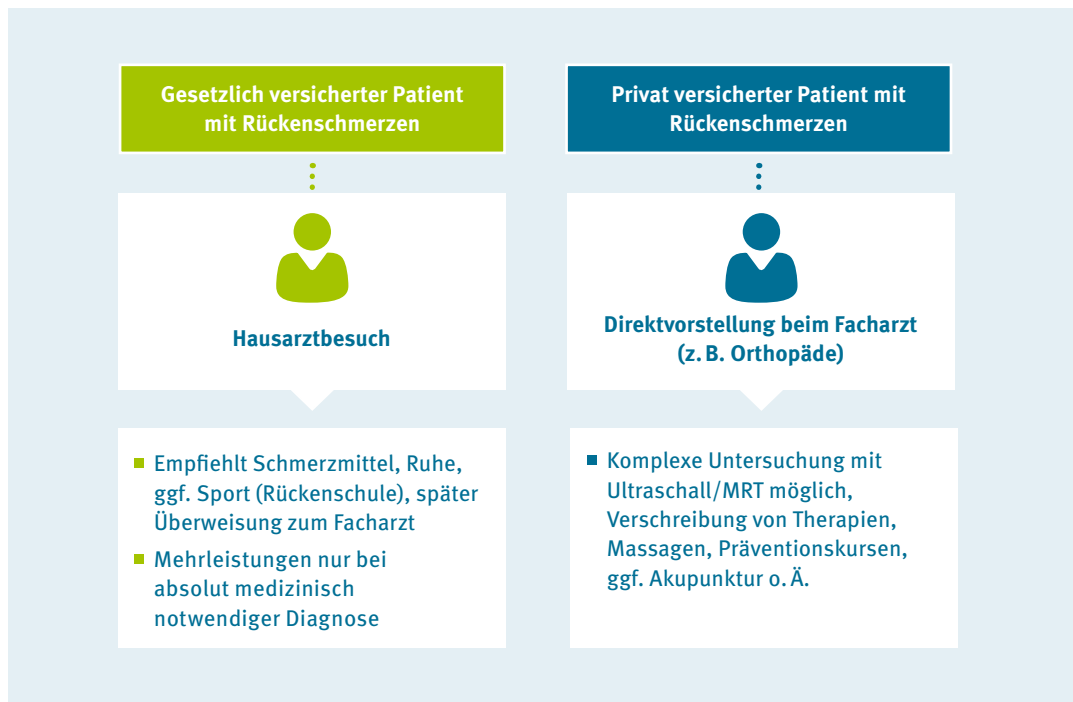
Gesetzliche Krankenkasse		Private Krankenversicherung
Versorgung durch Kassenärzte Überweisungspflicht zum Facharzt	Arztwahl	Freie Wahl unter allen ambulant tätigen Ärzten Status als Privatpatient: schnelle Terminvergabe, kurze Wartezeiten
Nur rezeptpflichtige Arzneimittel, nicht rezeptpflichtige nur in Ausnahmefällen Keine Leistung bei geringfügigen Gesundheitsstörungen Rabattverträge legen erstattungsfähige Medikamente fest Erstattung durch Festbeträge begrenzt	Arzneimittel	Alle zugelassenen Arzneimittel Erstattung i.d.R. in Höhe der tatsächlichen Preise
Arzt bestimmt Krankenhaus per Einweisung Kein Anspruch auf Behandlung durch bestimmten Arzt Oft Unterbringung im Mehrbettzimmer	Krankenhaus	Freie Krankenhauswahl bei voller Kostenübernahme je nach Tarif Je nach Tarif Wahlarztbehandlung Je nach Tarif Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
Keine Kostenübernahme für Heilpraktiker, alternative Behandlungsmethoden etc.	Naturheilverfahren	Sämtliche anerkannten Naturheilverfahren, Heilpraktiker, Homöopathie, Therapien nach Hufeland
Keine Leistungen	Sehhilfe	Je nach Tarif Kostenübernahme
Befundorientierter Festzuschuss (ca. 50 % der Kosten), zusätzliche Kostenübernahme bei nachgewiesener regelmäßiger Vorsorge	Zahnbehandlung	Je nach Tarif Kostenübernahme, z. T. innerhalb festgelegter Summenbegrenzungen in den ersten 5 Jahren (Summenbegrenzung sollte danach entfallen)

# Was sind IGeL-Leistungen?

## „Selbstzahlerleistungen“ sind oft Vorsorgeuntersuchungen und Naturheilverfahren

Individuelle Gesundheitsleistungen, kurz IGeL, kann man verschieden definieren: Im normalen Sprachgebrauch werden IGeL als „Selbstzahlerleistungen“ bezeichnet, die ein Patient selbst zahlen muss, weil sie nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot noch nicht medizinisch notwendig sind.\* Oft sind dies wichtige Vorsorgeleistungen, z. B. zur Krebsfrüherkennung, oder alternative Heilbehandlungen.

### Gleiches Krankheitsbild, verschiedene Lösungskonzepte



Beispiel dient der Anschaulichkeit und bildet keinen realen Fall nach.

\* IGeL-Monitor.

# Welche Vorsorgemöglichkeiten bietet die PKV an?

## Bessere Krebsvorsorge für Frauen und Männer

Je nach Tarif sind für die meisten privat Krankenversicherten geschlechterspezifische Vorsorgeuntersuchungen und Screenings inklusive. Darüber hinaus bestehen geringere Altersgrenzen für Vorsorge. Vor allem bei der Krebsvorsorge haben privat Versicherte mehr Möglichkeiten zur Früherkennung.

### Beispiel Krebsvorsorge

Gebärmutterhals- und Brustkrebsvorsorge für Frauen	Allgemeine Hautkrebsvorsorge	Prostatakrebsvorsorge für Männer
<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Was zahlt die GKV?</b> Abtasten der Brust einmal jährlich und Abstrich</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Was zahlt die GKV?</b> Allgemeines Screening alle 2 Jahre für über 35-Jährige</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Was zahlt die GKV?</b> Männer ab 45 Tastbefund einmal jährlich</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>IGeL – was muss selbst gezahlt werden?</b> Ultraschall ohne akuten Verdacht</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>IGeL – was muss selbst gezahlt werden?</b> Dermatoskopie (Untersuchung mit beleuchteter Lupe) ohne akuten Verdacht</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>IGeL – was muss selbst gezahlt werden?</b> PSA-Test (Untersuchung auf das prostataspezifische Antigen im Blut) ohne akuten Verdacht</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Was zahlt die PKV?</b> Je nach Tarif regelmäßiges Mammografie-Screening oder Mammosonografie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Was zahlt die PKV?</b> Je nach gewähltem Tarif wird Vorsorge im Rahmen der ambulanten und stationären Vorsorge übernommen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Was zahlt die PKV?</b> PSA-Test je nach gewähltem Tarif</li></ul>

# Aus dem Leben gegriffen: Welche Kosten übernehmen die Krankenkassen bei ADHS?

## GKV sieht oft nur Medikament vor

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung) ist die häufigste psychiatrische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen. In Deutschland sind ca. 5 % der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren betroffen.\* Bei etwa jedem zehnten Jungen zwischen 11 und 17 Jahren wird ADHS diagnostiziert, etwa jeder 14. erhielt zur Behandlung Methylphenidat – landläufig eher als Ritalin bekannt.

## Durchschnittliche Behandlungskosten bei ADHS

Die jährlichen Kosten für medikamentöse Behandlung belaufen sich auf etwa 300 bis 400 Euro. **Viele Krankenkassen gewähren nur die Medikation**, nicht jedoch zusätzliche psychotherapeutische Behandlung oder Therapiemaßnahmen, da viele **den Nutzen** (und damit die Notwendigkeit) der Maßnahmen **nicht anerkennen**. Differenzkosten von hier **9.300 Euro** sind als IGeL selbst zu bezahlen.

Anfallende Kosten seit Feststellung der Krankheit bis Dezember 2008

Leistungen	Kosten
Medikamentöse Behandlung	300,00 €
Ergotherapie	6.400,00 €
Logopädie	2.900,00 €
<b>Gesamtkosten bis Dezember 2008:</b>	<b>EUR 9.600,00 €</b>

Private Krankenversicherungen erkennen den Wert therapeutischer Behandlung wie Ergo- oder Logotherapie für die Behandlung von ADHS an und erstatten i.d.R. den vollen Rechnungsbetrag.

\*ADHS Deutschland e. V.

# Wie werden Behandlungen im Ausland abgerechnet?

## Kostenerstattung nur im Rahmen der DRG

Innerhalb des EWR (Europäischen Wirtschaftsraums) bestehen Abkommen über die Erstattung von Behandlungskosten. Die Kostenerstattungen beispielsweise in der Schweiz oder Nordamerika sind dagegen auf den Betrag reduziert, der in Deutschland nach DRG (Diagnosis Related Groups, deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) pauschal abgerechnet wird. Das kann zu enormen Eigenanteilen führen.

## Beispiel Schweiz: Eigenanteil nach stationärer Behandlung

Stationäre Behandlung: 18		
<b>Leistungen</b>		
Allgemeine Pflegekosten:		17.942,51 €
<b>1-Bettzimmer:</b>		1.748,57 €
Privatarzt:		23.711,72 €
		<b>43.402,84 €</b>
Allgemeine Pflegekosten in Deutschland nach DRG:	5.315,20 €	
Privatarzt:	4.100,00 €	
Erstattungsbetrag, wenn Bindung an Höchstsatz GOÄ:		<u>9.415,20 €</u>
Eigenanteil Versicherter:		<b><u>33.987,64 €</u></b>

Einbettzimmer steigern den persönlichen Komfort und schützen die Privatsphäre des Patienten besser. Allerdings wird für diese Zimmer i. d. R. ein Aufpreis berechnet.

**Achtung!** Bei Behandlungen im Ausland tragen Patienten auch das Währungsrisiko. Bei schlechten Wechselkursen, z. B. Euro/Schweizer Franken, sind die Kosten entsprechend größer.

Gebührenordnungen, Pauschalen und Tagessätze sind länderindividuell geregelt – in der Schweiz beispielsweise sind diese wesentlich höher als in Deutschland. Wenn kein ausreichender Versicherungsschutz besteht, kann schnell ein sehr hoher Eigenanteil fällig werden. Privat Versicherte sollten deshalb bei der Tarifwahl auf folgende Punkte achten:

- **Keine Deckelung der GOÄ-Höchstsätze für Ärzte im Ausland, v. a. im Nicht-EWR**
- **Voller Reisekrankenversicherungsschutz**

# Wo fallen Zuzahlungen besonders häufig an?

## Bei Zahnersatz müssen gesetzlich Versicherte deutlich mehr zuzahlen

Seit 2005 gibt es für Zahnersatz bzw. Zahnbehandlungen keine prozentuale Erstattung mehr, sondern nur noch Festzuschüsse. Auch hier orientiert sich der Zuschuss an der Standardtherapie, d. h. der einfachen und zweckmäßigen Lösung. Vollständig erstattet wird kaum noch.

### Beispiele für Eigenanteile

Ihr Eigenanteil für ein Implantat				
Festzuschuss der Kasse	Erstattung je nach Tarif der PKV <sup>2</sup>	GKV <sup>1</sup>	PKV <sup>2</sup>	
Ihr Eigenanteil		Ihr Eigenanteil	Kosten	2.500,00 Euro
		Anteil KV	-523,30 Euro	2.000 Euro
		<b>Eigenanteil</b>	<b>1.976,70 Euro</b>	<b>500,00 Euro</b>
Gesetzlich Versicherte	Privat Versicherte			

Ihr Eigenanteil für zwei Kronen				
Festzuschuss der Kasse	Erstattung je nach Tarif der PKV <sup>2</sup>	GKV <sup>1</sup>	PKV <sup>2</sup>	
Ihr Eigenanteil		Ihr Eigenanteil	Kosten	1.500,00 Euro
		Anteil KV	-415,18 Euro	1.200 Euro
		<b>Eigenanteil</b>	<b>1.084,82 Euro</b>	<b>300,00 Euro</b>
Gesetzlich Versicherte	Privat Versicherte			

<sup>1</sup> Festzuschuss (Stand 1.1.2013) bei Nachweis einer ununterbrochenen fünfjährigen Vorsorge.

<sup>2</sup> Je nach Tarif der PKV kann die Erstattung variieren. Hier im Beispiel 80% Zahnersatzleistung.

# Warum haben privat Krankenversicherte oft kürzere Wartezeiten?

## PKV verzichtet auf Primärarztprinzip

Privatpatienten haben, vor allem bei Facharztterminen, oft Vorteile gegenüber gesetzlich Versicherten. Das liegt zum einen an den deutlich höheren Beratungs- und Behandlungssätzen, zum anderen an der Möglichkeit der freien Arztwahl. Gesetzlich Versicherte müssen sich mit wenigen Ausnahmen (z. B. Zahn, Gynäkologie) bei Beschwerden zuerst an den Hausarzt wenden.

## Primärarztprinzip der GKV beruht auf Wirtschaftlichkeitsgebot

- Auch Hausarztmodell genannt
- Patient muss sich bei Beschwerden zuerst an den Hausarzt wenden
- In der Regel kennt der Hausarzt die Vorgeschichte und vorherige Beschwerden und kann selbst eine Diagnose stellen und Maßnahmen einleiten
- Vorteil für Kassen: Hausarztabrechnung ist günstiger als Facharztbesuch (Kosteneinsparung)
- Facharzttermin wird erst mit Überweisung möglich
- Oft lange Wartezeiten auf Folgetermin



**Tipp:** Einige PKV bieten Primärzattarife als günstigere Alternative an. Darauf sollte jedoch verzichtet werden, weil die freie Arztwahl einer der größten Vorteile der PKV überhaupt ist.

# Welche Vorurteile und Ängste prägen die öffentliche Wahrnehmung?

## Hohe Kosten im Alter ist bestimmendes Thema

Hauptargument gegen eine private Krankenversicherung ist für viele die Beitragssteigerung im Alter. Aber auch die Befürchtung, nicht mehr in die GKV zurückzukönnen und selbst in Zeiten finanzieller Schwierigkeiten hohe Beiträge zahlen zu müssen, schreckt ab. Viele Vorurteile sind jedoch grundlos.

„Ich kann nicht mehr zurück in die GKV wechseln.“

**Antwort:**

Doch, wenn das Einkommen unter die JAEG sinkt, wird man automatisch versicherungspflichtig in der GKV (bis 55 Jahre). Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn wegen Arbeitslosigkeit das Gehalt wegfällt.

„Die PKV wird im Alter viel zu teuer und treibt mich in die Armut.“

**Antwort:**

Durch Alterungsrückstellungen, Tarifwechsellösungen und gesetzlichen Zuschlag sind die Kosten überschaubar.

„Mit einer Familie werden die Beiträge unbezahlbar hoch.“

**Antwort:**

Nicht unbedingt. Während der Elternzeit kann der Beitrag zum Beispiel verringert werden. Danach sind die höheren Leistungen der PKV den etwas erhöhten Preis wert. Beginnen die Kinder ein selbstständiges Leben, sinkt der Beitrag auch wieder.

### Beitrag kann selbst gesteuert werden

Im Gegensatz zur GKV können PKV-Versicherte den Beitrag in gewissem Rahmen beeinflussen:

- Tarif wählen: Basis- und Standardtarife sind günstiger, weil das Leistungsspektrum geringer ist
- Selbstbeteiligung erhöhen: Option für alle, die geringe Gesundheitskosten haben
- Beitragsrückerstattung: Wurden in einem Jahr keine Leistungen in Anspruch genommen, zahlen viele private Krankenversicherungen eine Beitragsrückerstattung



# Was sind die Voraussetzungen für einen Wechsel in die PKV?

## Tipps für lebenslange Vorteile in der PKV

1

**Junge Versicherte sparen** gegenüber dem GKV-Beitrag mit einer privaten Krankenversicherung deutlich. Diese gesparten Beiträge sollten separat angelegt werden, um eine Vorsorge zu schaffen und um die eventuell höheren Kosten im Alter ausgleichen zu können.

2

**Mit der Lebenserwartung steigt** auch die Wahrscheinlichkeit, einmal pflegebedürftig zu werden. Die gesetzliche Pflegevorsorge deckt aber nur etwa die Hälfte der Pflegekosten. Zusätzliche private Pflegevorsorge ist deshalb Pflicht. Denn hier leistet weder die gesetzliche noch die private Krankenversicherung.

3

**Fordern Sie Ihre Krankenakte an**, bevor Sie mit der PKV-Antragstellung beginnen. Dadurch können Sie den Antrag wahrheitsgemäß ausfüllen und gegebenenfalls ungenaue Diagnosen aus der Vergangenheit mit Ihrem Arzt besprechen.

4

**Unterzeichnen Sie eine Schweigepflichtentbindung** für Ihren Makler, damit er den Antrag schnell und leicht für Sie bearbeiten kann.

5

Erkundigen Sie sich, **welche alternativen Heilmethoden** in Ihrem gewünschten Tarif eingeschlossen sind. Der Leistungskatalog der erstattungsfähigen Naturheilverfahren ist im sogenannten Hufelandverzeichnis aufgelistet.

6

**Achten Sie bei der Tarifwahl** auf das 3,5-Fache der GOÄ für Ärzte sowie darauf, dass keine Deckelung für Ärzte im Ausland und im stationären Bereich besteht.

7

**Mit Überschreiten der JAEG** wird ein Angestellter automatisch versicherungsfrei. Die gesetzliche Krankenkasse muss dann über den Statuswechsel informieren. Es ist dann keine gesonderte Kündigung notwendig, wenn ein Wechsel in eine PKV angestrebt wird, sondern lediglich eine Austrittserklärung innerhalb von 2 Wochen.

# Wie sieht die finanzielle Situation im Kranken- oder Pflegefall aus?

## Krankentagegeld und Pflegevorsorge sichern die Existenz

Gesetzlich Versicherte erhalten bei einer Krankheitsdauer zwischen 7 und 72 Wochen Krankengeld. Selbstständige haben diesen Anspruch nicht, weshalb das Krankentagegeld Bestandteil des Versicherungsvertrags sein sollte. Private Pflegevorsorge schließt die Lücke zwischen gesetzlichen Leistungen und tatsächlichen Pflegekosten.

**Krankentagegeldberechnung**

Bruttoeinkommen  Nettoeinkommen

Tipp für Selbstständige: 100 % des Netto

Tipp für Angestellte: Lücke zwischen Krankentagegeld und normalem Netto schließen (ca. 21% des Netto)

**Für Selbstständige ist das Krankentagegeld besonders wichtig, da sie keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung haben.**

## Berechnen Sie Ihre Pflegelücke

	Leistungen bei erheblichem allg. Betreuungsaufwand	Pflegestufe 1 ambulant	Pflegestufe 2 ambulant	Pflegestufe 3 ambulant oder Pflegestufe 1-3 stationär
Kosten Pflege	ca. 2.000 Euro <sup>1</sup>	700–900 Euro <sup>3</sup>	2.000–2.300 Euro <sup>3</sup>	2.400–3.400 Euro <sup>4</sup>
Gesetzliche Leistungen	104–439 Euro <sup>2</sup>	468 Euro <sup>2</sup>	1.144 Euro <sup>2</sup>	1.064–1.995 Euro <sup>2</sup>
Eigenanteil Pflegekosten	1.561–1.896 Euro	232–432 Euro	856–1.156 Euro	1.336–2.336 Euro
Lebenshaltungskosten				
<b>Gesamtausgaben</b>				

<sup>1</sup> Dementer Patient ohne Angehörige, mit „unkontrollierter Weglauftendenz“.

<sup>2</sup> Abhängig von Pflegestufe, aber nur Pflege durch Fachkräfte.

<sup>3</sup> Abhängig vom Bundesland, von patientenspezifischen Gegebenheiten und einzelvertraglichen Regelungen in den Ländern mit den Pflegediensten.

<sup>4</sup> Abhängig von Pflegestufe (aufsteigend).

# Wichtige Begriffe: Was bedeuten JAEG, BBG und Co?

## Die wichtigsten Begriffe, Daten und Fakten kurz erklärt

Begriff	Erläuterung
Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)	Auch Versicherungspflichtgrenze, bezeichnet das sozialversicherungspflichtige Bruttojahresgehalt, ab dem ein Arbeitnehmer nicht mehr in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert ist (monatlich 4.575,00 Euro, jährlich 54.900 Euro).
Beitragsbemessungsgrenze (BBG)	Dynamische Einkommensgrenze für die maximal zu leistenden Beiträge zu den gesetzlichen Sozialversicherungen. <b>Kranken- und Pflegeversicherung 2015: monatlich 4.125 Euro (jährlich 49.500 Euro).</b>
Beitragsrückerstattung (BRE)	Form der Beitragsermäßigung, bei der Beiträge zur PKV am Jahresende erstattet werden, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen wurden; je nach Versicherung garantierte und/oder erfolgsabhängige BRE.
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	GOÄ regelt die Vergütung für die Leistungen der Ärzte einschließlich Entschädigungen und Auslagenersatz, die für eine medizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind. Darüber hinausgehende Leistungen dürfen nur berechnet werden, wenn der Zahlungspflichtige diese verlangt hat (Honorarvereinbarung).
Gesetzlicher Zuschlag	10 % werden auf den Beitrag aufgeschlagen und als Alterungsrückstellung verzinslich angelegt.
Allgemeiner Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenkasse	14,6 % (je 7,3 % Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) plus kassenindividueller Zusatzbeitrag (zwischen 0,0 und 1,1 % derzeit).

**Tip:** Die JAEG lässt sich am besten mit der Gehaltsabrechnung vom Dezember bestimmen. Überstunden und Feiertagszuschüsse zählen allerdings nicht.

# Welche Leistungen sind mir wichtig?

## Grundlagen Basisabsicherung

### Selbstbeteiligung

- Meine gewünschte Selbstbeteiligung (Empfehlung 200–600 €)
- Selbstbeteiligung Kinder und Jugendliche nur hälftig
- Keine Gefährdung der Beitragsrückerstattung (BRE)
- Keine Selbstbeteiligung bei Vorsorgeuntersuchungen (nicht BRE-schädlich)
- Garantierte BRE (statt erfolgsabhängiger BRE)
- Primärarztprinzip ausschließen

### Stationär

- mindestens Zweibettzimmer und Wahlarzt
- Arzthonorar über Höchstsatz der GOÄ hinaus
- Gemischte Anstalt ohne erforderliche Zusage

### Dental

- mindestens 75–85 % Zahnersatz

### Erweiterung ambulant

- Arzthonorar bis mindestens Höchstsatz der GOÄ
- Leistungen für Naturheilverfahren durch Ärzte (Hufelandverzeichnis)
- Umfangreicher Hilfsmittelkatalog (z. B. Blindenhund, elektronischer Rollstuhl)
- Diagnoseunabhängige Sitzungsanzahl für psychotherapeutische Behandlungen pro Jahr

Ja Nein

EUR

# Welches Produkt passt zu mir?



Der individuelle Check zur Produktwahl

Name

## Allgemeine Daten

- Geburtsdatum
- Berufliche Tätigkeit
- Familienstand
- Kinder bis 18 Jahre

Anzahl

## Private Krankenvollversicherung

## Private Krankenzusatzversicherungen

- Ambulant
- Stationär
- Zahnzusatzversicherung
- Pflegeergänzungsversicherung
- Vorsorge
- Krankentagegeld

Ich wünsche auch ein Angebot für meine Kinder:

