

Checkliste Private Krankenversicherung

Schenkt man sämtlichen Umfragen zu diesem Thema glauben, dann geht uns Verbrauchern bei der Wahl Ihrer privaten Krankenversicherung um zwei entscheidende Dinge:

1. Wenn es wirklich hart auf hart kommt, dann soll der Versicherer auch zahlen. Und nicht den Kopf durch irgendwelche Klauseln im Kleingedruckten aus der Schlinge ziehen!
2. Der Monatsbeitrag für die eigene Krankenversicherung soll auch im Alter bezahlbar bleiben (Stichwort Beitragsstabilität)

Das Kleingedruckte entscheidet darüber, ob Sie im Ernstfall wirklich die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten und von der Stabilität der Beiträge hängt es ab, wie viel Sie im Laufe Ihres Lebens für Ihre Krankenversicherung ausgeben. Die Leistungen und Beitragsentwicklungen von privaten Krankenversicherungen unterscheiden leider erheblich voneinander. Die Checkliste hilft Ihnen sowohl den Leistungsumfang von Angeboten in den wichtigsten Punkten zu prüfen, aber auch die Beitragsstabilität der Versicherung genauer unter die Lupe zu nehmen.

Zu Ihrer Orientierung haben wir kursiv beschrieben, was sich hinter der jeweiligen Frage für ein Sinn versteckt. Kaum ein Angebot wird in allen Punkten überzeugen. Hier gilt es für Sie persönlich abzuwägen, welche Punkte Ihnen besonders wichtig erscheinen. Es empfiehlt sich, die Liste gemeinsam mit Versicherungsvertreter oder Makler Punkt für Punkt durchzugehen und alle Fragen en Detail zu prüfen. Vor einem Abschluss sollten Sie sich die Angaben in der Liste außerdem vom Versicherer selbst schriftlich bestätigen lassen. Leistungsaussagen, die sich nicht Schwarz auf Weiß geschrieben bekommen, sind im Ernstfall juristisch gesehen nicht haltbar. Führen Sie diesen Prozess bei allen in Frage kommenden Anbietern durch. Dann haben Sie anschließend eine sehr gute Vergleichbarkeit der Angebote.

Einige Punkte, die mittlerweile nahezu alle Versicherer erfüllen, haben wir aus der Checkliste herausgenommen. Auch haben wir die Frage nach einer möglichen Beitragsrückerstattung gestrichen. Seit dem Bürgerentlastungsgesetz 2010 kann man große Teile seiner Krankenversicherung steuerlich absetzen. Was einen reinen Beitragsvergleich von vornherein ad absurdum führt. Denn, wenn ein Versicherer beispielsweise 100 € mehr im Monat kostet als ein anderer, dann ist die Differenz nach Steuern deutlich geringer. Demgegenüber muss eine mögliche Beitragsrückerstattung voll versteuert werden. Darüber hinaus hat die Erfahrung gezeigt, dass Beitragsrückerstattungen zum einen nicht garantiert sind und jederzeit gestrichen werden können, zum anderen kontraproduktiv bei der Wahl der geeigneten Krankenversicherung sind. Was nützt eine Beitragsrückerstattung, wenn man schwer krank wird und der Versicherer die Leistungen für teure Hilfsmittel und Operationen verwehrt oder einschränkt?! Von daher empfiehlt es sich, seinen Fokus auf die wirklich wichtigen Leistungsbereiche und die Beitragsstabilität zu legen. Versicherer und Vertreter werden Ihnen suggerieren, dass viele der Fragen nicht wichtig wären und/oder zwar nicht im Bedingungswerk stehen, aber in der täglichen Praxis bezahlt werden. Lassen Sie sich darauf nicht ein und bleiben Sie hartnäckig. Unsere vielen Versicherten Staatsanwälte und Richter sagen: „Nur was Sie Schwarz auf Weiß geschrieben steht, kann man auch getrost mit nach Hause tragen!“

Checkliste Private Krankenversicherung

Name der Gesellschaft: _____

Name des Tarifs: _____

Monatsbeitrag: _____ €

Beitragsstabilität:

1. **Wie viele Jahre ist der vorgeschlagene Tarif inkl. Bissexzeiten bereits am Markt verfügbar?** _____

2. **Wie hoch fiel die prozentuale Beitragssteigerung (exemplarisch für einen 30-jährigen) bis zur Umstellung auf Unisex pro Jahr aus?** _____

Seit dem 21. Dezember 2012 gelten für alle neu abgeschlossenen Verträge die sog. Unisex-Tarife, d. h. eine preisliche Unterscheidung nach Geschlecht findet nicht mehr statt. Da der Zeitraum bis zum heutigen Tag für eine Einschätzung zur Beitragsstabilität viel zu kurz wäre, zielen die Fragen 1 und 2 auf die Zeit vor der Umstellung ab (Bisex-Tarife). Sollte Ihnen der Anbieter für den gewählten Tarif nicht mindestens eine Historie von 15 oder mehr Jahren mit max. 1,5 bis 3,5 % Steigerung pro Jahr nachweisen können, ist Vorsicht geboten. Das gilt auch dann, wenn er Ihnen die Entwicklung von Paralleltarife vorlegt wird. Junge Ködertarife sind oft eingangs besonders günstig, werden aber im Laufe der Zeit exorbitant teuer. Sein Sie in diesem Punkt besonders hartnäckig. Optimal sind Tarife die bereits über 25 Jahre und mehr bewiesen haben, dass sie auf lange Sicht auch bezahlbar bleiben.

Allgemeine Leistungen

1. **Verfügt der Anbieter über eine Krankenversicherungskarte?**

Ja Nein

Sie werden schmunzeln, aber es gibt immer noch private Krankenversicherer die Ihnen nach Vertragsabschluss keine Krankenversicherungskarte ausstellen. Das hat zur Folge, dass Sie bei jedem neuen Arzt- und Krankenhausbesuch alles mündlich vortragen müssen.

2. **Sieht der Tarif eine jährliche Selbstbeteiligung vor und wenn ja, wie hoch fällt diese aus?** _____

Ja Nein

3. **Für welche Leistungen gilt die Selbstbeteiligung?** _____

Zur Orientierung: Viele Anbieter arbeiten mit Selbstbeteiligungen, was für Angestellte nicht zu empfehlen ist. Schließlich teilen Sie sich die Beiträge mit Ihrem Arbeitgeber, nicht aber eine mögliche Selbstbeteiligung. Bei Beamten sieht es ähnlich aus, auch hier eine Selbstbeteiligung nicht empfehlenswert. Außer bei Freiberuflern und Selbständigen lohnt sich die Selbstbeteiligung um Beiträge zu sparen. Achten Sie auch versteckte Selbstbehalte und vor allen Dingen Höchstbeträge für bestimmte Leistungen. Letztere werden in den einzelnen Themenfeldern im weiteren Verlauf erfragt.

Ambulante Leistungen

Gibt es Einschränkungen bei Hilfsmitteln (wenn ja, welche)?

Ja Nein

4. Übernimmt der alle Hilfsmittel und in voller Höhe?

Ja Nein

Dieser Punkt ist besonders wichtig, weil im Bedarfsfall hohe Eigenkostenanteile entstehen können. Wenn Prothesen, Blindenhunde, Hörgeräte, Rollstühle oder ähnlich teure Hilfsmittel in der Höhe begrenzt werden, dann kommen unter Umständen erhebliche Kosten auf Sie zu. Bedenken Sie auch, dass durchlaufende Inflation feste Summenbegrenzungen im Laufe der Zeit immer teurer für Sie werden. Enthält der Tarif ein Hilfsmittelverzeichnis, dann prüfen Sie, ob der Versicherer auch für Hilfsmittel aufkommt, die nicht auf der Liste stehen.

5. Werden Kosten für Heilpraktiker bis zum Höchstsatz für alle Leistungen der Gebührenverordnung der Heilpraktiker (Gebühr) übernommen (marktüblich)?

Ja Nein

6. Für Beamte: Erstattet der Beihilfeergänzungstarif alle durch die Beihilfe nicht gedeckten Kosten für Heilpraktiker in voller Höhe (marktüblich)?

Ja Nein

Heilpraktiker Leistungen werden von der Beihilfe in der Regel nur zu den sogenannten Mindestsätzen übernommen. Somit ist es wichtig, dass der Beihilfeergänzungstarif die entstehende Lücke voll auffüllt. Summenbegrenzungen sollten hier nicht vorgesehen sein.

7. Übernimmt der Tarif auch Alternative Heilbehandlungen, wenn ja, welche?

Ja Nein

Alternative Heilbehandlungen sind in der heutigen Zeit nicht mehr wegzudenken. Ausgebildete Mediziner versuchen ohne den Einsatz von Chemie wie Spritzen und Medikamente oder Operationen Ihre Gesundheit so schonend wie möglich wiederherzustellen. In anderen Ländern wie z. B. den USA laufen Sie den Schulmedizinern längst den Rang ab. Sie werden insbesondere bei chronischen Krankheitsbefunden froh sein, auch alternative (schonende) Wege anwählen zu können. Deshalb sollte die Liste hier möglichst umfangreich sein.

8. Kuren: Bietet der Anbieter, einen separaten Kurtarif an?

Ja Nein

Niemand kann sich davon freisprechen, dass irgendwann einmal an chronischen Erkrankungen wie Atemwegserkrankungen, Allergien, HerzKreislaufstörungen, psychischen Erkrankungen, Rheuma, Gicht oder der vielen weiteren, unzähligen Zivilisationskrankheiten zu erkranken. In einem solchen Fall kann es Gold wert sein, sich auch mal eine Auszeit gönnen zu können, um sich voll und ganz auf die Genesung der bestehenden Gesundheitsprobleme zu konzentrieren. Der Staat unterstützt Kuren nur noch sehr eingeschränkt und ein separater Kurtarif in ausreichender Höhe (100 bis 150 € pro Tag) sollte vereinbart werden.

9. Kuren: Wie hoch fallen die für ambulante Kuren enthaltenden Leistungen aus?

Ja Nein

Der Optimalfall ist ein separater Kurtarif oder bereits ein hohes Kurtagegeld in den allgemeinen Leistungen des Versicherers. Das Kurtagegeld sollte mind. 100 bis 150 € pro Tag umfassen. Respektive durch einen separaten Kurtarif aufstockbar sein. Für Beamte: Achtung vor Formulierungen wie „das Kurtagegeld wird prozentual gezahlt“. Dann handelt es sich lediglich um z. B. Ihren Beihilfeanspruch von 50 % bezogen auf den ausgewiesenen Eurobetrag. Also 50 % von 50 € = 25 €.

10. Arztrechnungen: Werden Leistungen lediglich bis zum 2,3 fachen, 3,5 fachen oder auch oberhalb der Gebührenordnung für Ärzte ambulant übernommen?

Ja Nein

Im ambulanten Bereich sind die Leistungen häufig auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt (3,5-facher Satz). In seltenen Fällen nur bis zum 2,3-fachen. Letzteres kann zu Diskussionsstoff mit Ihrem behandelnden Mediziner führen. Am besten wäre es, es gäbe keine Deckelung auf die Gebührenordnung. Das hat den Vorteil, dass bei komplizierten ambulanten Operationen durch Spezialisten, diese miteingeschlossen wären.

11. Psychotherapie: Gibt es eine Begrenzung der jährlichen Sitzungen oder ggf. eine Selbstbeteiligung?

Ja Nein

Der Gesetzgeber hat die Versicherer dazu aufgerufen, zumindest 50 Sitzungen im Jahr zu erstatten. Heutzutage ist das die Untergrenze. Es gibt aber auch noch Tarife, insbesondere die vor 2013 abgeschlossen werden, die darunterliegen. In der Praxis sind 70 oder auch 100 Sitzungen in einem Jahr keine Seltenheit. Von daher wäre keine Begrenzung der Sitzungsanzahlen wünschenswert.

- 12. Vorsorgeuntersuchungen: Werden Untersuchungen z.B. zur Krebsfrüherkennung nur im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt oder darüber hinaus?** Ja Nein

Viele Versicherer zahlen gesetzlich vorgesehene Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzung. Allerdings beschränken sich die Leistungen auf gesetzlich vorgesehene Untersuchungen. Besser wäre die Formulierung „ohne Beschränkungen auf gesetzliche eingeführte Programme“. Dann stehen Ihnen alle fortschrittlichen Untersuchungen zur Früherkennung zur Verfügung.

- 13. Sehhilfen: In welchem Umfang leistet der Versicherer für Sehhilfen, also Brillen, Lasik und Kontaktlinsen?** Ja Nein

Sie müssen entscheiden, wie wichtig dieser Punkt für Sie ist. Eine Brille bekommen Sie im Zweifelsfall noch aus der eigenen Tasche bezahlt, eine teure und komplizierte Operation hingegen weniger. Setzen Sie Ihre Prioritäten auf die Bereiche, die wirklich teuer werden können. Für Beamte: Die Beihilfe zahlt nur noch sehr geringe Zuschüsse zu Brillen dazu. Hierbei kann man schnell in die Irre geführt werden. So leisten Tarife teilweise hohe Beträge für Brillen und Kontaktlinsen. Das gilt dann aber immer nur für den prozentualen Teil der dort versichert wird (z. B. 30 oder 50 %). Für die verbleibenden 70 oder 50 % wäre der Beihilfeergänzungstarif verantwortlich, der aber wiederum nur sehr eingeschränkt zahlt.

Stationäre Leistungen

- 14. Unterbringung: Was ist versichert: Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung oder nur kassenübliches Mehrbettzimmer mit Behandlung beim jeweils Dienst habenden Arzt (z.B. Stationsarzt)?** Ja Nein

Dieser Punkt ist nicht zu unterschätzen. Durch diesen Zusatz haben Sie im Ernstfall volles Mitspracherecht und Zugang zu sämtlichen spezialisierten Kliniken. Somit können Sie auf die bestmögliche medizinische Versorgung abrufen (sofern die Leistungen auch oberhalb der GOÄ übernommen werden).

- 15. Arztrechnungen: Wird bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder auch darüber hinaus erstattet?** Ja Nein

Es gibt Versicherer die lediglich bis zum 3,5-fachen Satz erstatten. Das ist in der Praxis ein erheblicher Nachteil. Die Gebührenordnung im stationären Bereich ist seit Jahrzehnten nicht mehr richtig inflationsbereinigt worden und immer mehr private Kliniken rechnen oberhalb der GOÄ ab. Somit ist der Zugang zu echten Kapazitäten im Ernstfall nicht möglich.

- 16. Für Beamte: Arztrechnungen: Übernimmt der Ergänzungstarif alle durch die Beihilfe nicht gedeckten Kosten oberhalb der GOÄ?** Ja Nein

Sofern der Haupttarif oberhalb der GOÄ leistet, gilt das noch lange nicht für die Beihilfe. Sie beschränkt i. d. Regel ihre Zahlungen auf den 3,5-fachen Satz. Darüber hinaus gehende Kosten sollten von dem Beihilfeergänzungstarif übernommen werden.

17. Ist eine stationäre Psychotherapie ohne vorherige Genehmigungspflicht ohne Sitzungsbegrenzungen erstattungsfähig (marktüblich)?

Ja Nein

Begrenzt ein Versicherer hier seine Leistungen auf eine bestimmte Anzahl an Sitzungen; oder verweist auf kooperierende Kliniken, ist höchste Vorsicht geboten. In der Praxis entscheiden Sie mit Ihrem behandelnden Arzt welche Einrichtung am besten geeignet ist. Hier ist ein Eingriff des Versicherers wenig ratsam und eine Sitzungsbegrenzungszahl wird u. U. richtig teuer.

18. Kuren: Wie hoch fallen die für stationäre Kuren enthaltenden Leistungen aus?

Ja Nein

Wesentlich häufiger als ambulante Kuren sind stationäre Kuren (d. h. die Kur findet an einem anderen Ort als Ihrem Wohnsitz statt). Die Leistungen sollten mindestens 100 bis 150 € pro Tag umfassen. Bzw. über einen separaten Kurtarif günstig zu ergänzen sein.

Zahnleistungen

19. Summenbegrenzung: Begrenzt der Versicherer die Kostenerstattung im Zahnbereich in den ersten Vertragsjahren (marktüblich)?

Ja Nein

Eine Summenbegrenzung in den ersten Vertragsjahren ist marktüblich und nachvollziehbar. Weiß der Versicherer doch vor Vertragsabschluss nicht, ob der Versicherte u. U. plant alte Amalganfüllungen durch teure Inlays aus Gold oder Keramik zu ersetzen. Und im schlimmsten Fall wechselt der Versicherte dann kurze Zeit später zu einem anderen Anbieter. Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist eine Summenbegrenzung somit ratsam. Diese entfällt generell bei Unfällen. Insgesamt gesehen sollte diese großzügig genug ausfallen (mind. 1000 € im ersten Jahr).

20. Summenbegrenzung: Werden Versicherungsleistungen ohne jährliche Höchsterstattungsbeträge (auf für den Ergänzungstarif) über die gesamte Laufzeit erstattet?

Ja Nein

Eine Summenbegrenzung über die gesamte Laufzeit macht keinen Sinn. Irgendwann kommen die teuren Behandlungen und dann sollte der Tarif auch zahlen. Für Beamte: Teilweise findet man in den Beihilfeergänzungstarifen Summenbegrenzungen. Hiervon ist eher abzuraten, da die Beihilfe bei aufwendigem Zahnersatz bereits heute große Kürzungen vornimmt. Wenn man selbst in 20 oder 30 Jahren teuren Zahnersatz benötigt, dann wäre eine heutige Summenbegrenzung nach Inflation nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

21. Zahnarztrechnungen: Wird bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet oder darüber hinaus? Ja Nein

Üblich ist eine Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ. Da es im Zahnbereich nicht um Leben und Tod geht, ist dieser Leistungsumfang i. d. Regel ausreichen.

22. Welche Besonderheiten oder Leistungsbeschränkungen gibt es im Zahnbereich? Ja Nein

Teilweise werden bestimmte Materialien nur eingeschränkt übernommen. So werden Verblendungen nur an den Frontzähnen übernommen oder Implantate nur begrenzt erstattet.

23. Kieferorthopädie: Übernimmt der Versicherer KFO Maßnahmen in vollem Umfang (auch wenn die Beihilfe nicht zahlt)? Ja Nein

Für Beamte: Insbesondere bei Kindern werden regelmäßig Leistungen für KFO Maßnahmen seitens der Beihilfe nicht übernommen. Dann ist es wichtig, dass der eigene Versicherer über den Beihilfeergänzungstarif diese Leistungen auffängt.

Leistungen im Ausland

24. Außereuropäische Reisen: Wie lange gilt der Schutz bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt?

Falls für Sie auch einmal ein längerer Auslandsaufenthalt in Frage kommt, sollten hier zumindest drei Monate hinterlegt sein.

25. Außereuropäische Reisen: Zahlt der Tarif für Auslandsrücktransporte? Und wenn ja, übernimmt er alle Kosten oder nur einen Anteil, etwa den versicherten Prozentsatz? Ja Nein
Ja Nein

Sofern Sie sich von Zeit zu Zeit im Ausland befinden, sollte der Rücktransport uneingeschränkt mitversichert sein. Die Kosten eines Auslandsrücktransportes sind meist enorm.

Ort, Datum: _____

Unterschrift und Stempel
des Versicherungsverkäufers

Unterschrift und Stempel
Bestätigung der Gesellschaft