

# Private Kranken- versicherung im Alter

Bescheid wissen, zahlt sich aus

2. aktualisierte Auflage



# **Private Kranken- versicherung im Alter**

**Bescheid wissen zahlt sich aus**

© 2020 by Akademische Arbeitsgemeinschaft Verlagsgesellschaft mbH

Wolters Kluwer Deutschland GmbH  
Postfach 10 01 61 · 68001 Mannheim  
Telefon 0621/8626262  
Telefax 0621/8626263  
www.akademische.de

2. aktualisierte Auflage

Stand: Juli 2020

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle Angaben wurden nach genauen Recherchen sorgfältig verfasst; eine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben ist jedoch ausgeschlossen.

Redaktion: Dr. Torsten Hahn, Michael Santak  
Verlagsleitung: Christoph Schmidt

Layout und Umschlaggestaltung: futurweiss kommunikationen, Wiesbaden  
Umschlaggrafik: © pikselstock · fotolia

Druck: Williams Lea & Tag, München  
ISBN 978-3-96533-085-6

#### **Alternative Streitbeilegung (Online-Streitbeilegung und Verbraucherschlichtungsstelle)**

Die Europäische Kommission hat eine Plattform zur Online-Streitbeilegung eingerichtet, die unter folgendem Link abgerufen werden kann: [www.ec.europa.eu/consumers/odr](http://www.ec.europa.eu/consumers/odr). Wolters Kluwer ist nicht bereit und nicht verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen.

## Vorwort

Viele privat Krankenversicherte werden zum Jahreswechsel mit stark steigenden Beiträgen konfrontiert. Dieses Mal fällt die **Erhöhung** ganz besonders hoch aus. Zum Jahreswechsel steigen die Beiträge im Durchschnitt um 11%. Jetzt lohnt es sich umso mehr, seine Beiträge zu senken, indem man zum Beispiel innerhalb seiner Versicherungsgesellschaft in einen günstigeren Versicherungstarif wechselt. Das wissen viele Versicherte nicht, doch gemäß VVG § 204 besteht ein Anspruch, innerhalb des Versicherers seinen Tarif zu ändern und das bei vollem Erhalt aller Rechte, inklusive der Alterungsrückstellungen. Auch eine erneute Gesundheitsprüfung und ein Risikozuschlag sind nicht zu befürchten.

Insbesondere für **Frauen** kann sich der Wechsel von einem alten in einen neuen Tarif lohnen, weil im Jahr 2011 aufgrund von EU-Recht alle Tarife auf »Unisex« umgestellt werden mussten. Davon profitieren ausschließlich Frauen. Die Erfahrung zeigt, dass selbst kleinere Anpassungen am Leistungsniveau oder am Selbstbehalt zu hohen Beitragsersparnissen führen können. Reicht auch das nicht aus, um die Beiträge bezahlbar zu halten, kann man in den Basistarif oder in einen Sozialtarif wechseln. Im Basistarif der privaten Krankenversicherung, der maximal so teuer sein darf wie der Höchstbeitrag in einer gesetzlichen Krankenkasse, sind derzeit 29 400 Versicherte von insgesamt 8,8 Millionen eingestuft. Im Standardtarif befinden sich 45 800 Versicherte und im Notlagentarif 115 800.

Dieser Ratgeber erläutert Ihnen, welche Tarifoption für Sie am günstigsten ist.

### **Zurück in die »Gesetzliche«?**

Eine weitere mögliche Reaktion auf Beitragserhöhungen stellen die verschiedenen Optionen dar, von einem privaten Krankenversicherer zu einer gesetzlichen Krankenkasse zu wechseln. In den letzten Jahren haben jeweils bis zu 300 000 Personen zwischen beiden **Systemen** gewechselt. Diese Zahl zeigt, dass ein Wechsel zwischen den

Systemen durchaus ein wichtiges Thema ist. Die Statistiken belegen dabei, dass der Wechsel von der privaten Krankenversicherung zurück in die »Gesetzliche« inzwischen deutlich häufiger vorkommt, obwohl der Systemwechsel oft nicht einfach ist.

Welche legalen Tricks zum gewünschten Ziel der Beitragsreduzierung führen können, lesen Sie in diesem Ratgeber.

### **Ruhestand im Ausland geplant?**

Immer mehr Deutsche, die das 60. Lebensjahr überschritten haben, entscheiden sich, Deutschland zu verlassen und ihren Ruhestand im Ausland zu verbringen. Beliebte sind Länder wie Spanien, Italien oder Griechenland, aber auch ferne Ziele wie Thailand, Südafrika, Australien oder die Vereinigten Staaten von Amerika. Neben dem meist wärmeren Klima und dessen positiven Auswirkungen auf die Gesundheit geben die Senioren **monetäre Gründe** für ihre Entscheidung als ausschlaggebend an, um im Ausland ihren Lebensstandard halten oder verbessern zu können.

Doch viele Betroffene fragen sich, was mit ihrem Kranken- und Pflegeversicherungsschutz in Deutschland geschieht, wenn sie nicht mehr hierzulande leben. Wer zahlt Behandlungen und Medikamente? Wer kommt für die Kosten im Falle einer Pflegebedürftigkeit auf? Denn anders als bei der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gibt es bei der privaten Kranken- und Pflegeversicherung **keine** zwischenstaatlichen Abkommen, die die Bezahlung von Leistungen regeln. Hier bestimmen der Leistungskatalog des Versicherers und die Rahmenvereinbarungen des Verbands der privaten Krankenversicherer (PKV), was und wie gezahlt wird. Spezielle Krankenversicherungen sind dann häufig notwendig, wenn das neue Zuhause außerhalb des Geltungsbereichs von privaten Krankenversicherungen liegt.

Erfahren Sie in diesem Ratgeber, worauf Sie dabei achten müssen.

## Streitschlichtung erforderlich?

Immer wieder kommt es zu **Streitigkeiten** zwischen Versicherungsunternehmen und ihren Kunden. Der Verband der privaten Krankenversicherer e.V. beschäftigt einen eigenen Ombudsmann. Er kümmert sich ausschließlich um Beschwerden von privat Krankenversicherten.

Falls es zu Unstimmigkeiten mit Ihrem Versicherer kommen sollte, finden Sie in diesem Ratgeber wertvolle Expertentipps, wie Sie am besten vorgehen können.



# Inhalt

<b>1</b>	<b>MASSNAHMEN GEGEN BEITRAGSERHÖHUNGEN UND GEGEN HOHE BEITRÄGE IM ALTER</b>	<b>9</b>
1.1	Beitragsröhungen können unterschiedliche Gründe haben	9
1.1.1	Der reine Beitragsvergleich reicht nicht aus	10
1.1.2	Auf diese Leistungen kommt es an	11
1.1.3	Selbstbehalte richtig kalkulieren	15
1.1.4	Vorsicht bei der Beitragsrckerstattung	17
1.2	Im Alter privat krankenversichert: Ein oftmals unterschätztes Problem	19
1.2.1	Die gesetzliche Krankenversicherung bietet privat versicherten Ruheständlern nur selten Unterschlupf	20
1.2.2	Beitragsexplosion in der privaten Krankenversicherung durch die Vergreisung von Tarifen	21
1.2.3	Basistarif oder Standardtarif?	23
1.3	Was tun, wenn der Beitrag unbezahlbar wird?	27
1.3.1	Selbstbehalt vereinbaren	27
1.3.2	Der Wechsel in einen anderen Tarif	29
1.3.3	Leistungsumfang einschränken	32
1.3.4	Unbedingt Umstellungsangebote beachten	33
1.3.5	Sonstige Maßnahmen	34
1.4	Zusatztarif zur Beitragssenkung abschließen?	34
<b>2</b>	<b>WECHSEL VON DER PKV ZUR GKV UND INTERNER WECHSEL</b>	<b>37</b>
2.1	Mögliche Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung	37
2.2	Wechsel zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung	39
2.3	Die 55-Jahres-Regelung in der gesetzlichen Krankenversicherung	40
2.3.1	Die Altersbarriere in der GKV	41
2.3.2	Keine Altersbarriere in der beitragsfreien Familienversicherung	42
2.3.3	Versicherungspflicht im Ausland kontert Altersbarriere aus	44
2.4	Möglichkeiten des Systemwechsels für Arbeitnehmer	45
2.4.1	Wechsel von der Gesetzlichen in die Private	45
2.4.2	Möglichkeiten der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung	50

2.5 Möglichkeiten des Systemwechsels für Selbstständige..... 61  
2.5.1 Rückkehr aus der Privaten in die Gesetzliche..... 61  
2.5.2 Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsgesellschaft . 64  
2.5.3 Wechsel von der gesetzlichen in die private Kranken-  
versicherung ..... 66

**3 KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG FÜR RUHESTÄNDLER IM  
AUSLAND ..... 67**

3.1 Einleitung..... 67  
3.2 Private Krankenversicherung in der EU ..... 68  
3.2.1 Private Krankenversicherung außerhalb der Abkommens-  
staaten..... 69  
3.3 Pflegeversicherung ..... 70  
3.3.1 Wohnort innerhalb der EU, des EWR und der Schweiz .. 70  
3.3.2 Wohnort außerhalb der Mitgliedsstaaten ..... 73  
3.3.3 Private Pflege- oder Pflegezusatzversicherungen ..... 74  
3.4 Beihilfe für Pensionäre im Ausland ..... 75

**4 ÄRGER MIT DEM KRANKENVERSICHERER? DER OMBUDSMANN  
KANN HELFEN! ..... 77**

4.1 Versicherungsombudsmann unterstützt die außergerichtliche  
Streitbeilegung..... 77  
4.2 Die privaten Kranken- und Pflegeversicherer haben einen  
PKV-Ombudsmann ..... 77  
4.2.1 Der Aufgabenbereich des PKV-Ombudsmanns..... 78  
4.2.2 Der Ablauf des Ombudsmannverfahrens ..... 80  
4.2.3 Der PKV-Ombudsmann kann keine verbindlichen Ent-  
scheidungen treffen..... 81  
4.3 Das Schlichtungsverfahren bei Beschwerden gegen Kranken-  
versicherer ..... 84  
4.3.1 Der Ablauf des Schlichtungsverfahrens..... 84  
4.3.2 Die Ergebnisse des Verfahrens sind unterschiedlich ..... 85  
4.3.3 Die Vorteile des Ombudsmannverfahrens ..... 86  
4.4 Ärger mit Versicherungsvermittlern: Hier kann der Ombuds-  
mann des GDV helfen ..... 87  
4.4.1 Für welche Beschwerdeinhalte ist der Ombudsmann zu-  
ständig?..... 88  
4.4.2 Für Vermittlerbeschwerden gilt eine eigene Verfahrens-  
ordnung ..... 89  
4.4.3 Ablauf und Abschluss des Beschwerdeverfahrens ..... 91  
4.5 Adressenliste: Ombudsmänner und andere Beschwerdestellen .. 93

**INDEX..... 95**

# 1 Maßnahmen gegen Beitragserhöhungen und gegen hohe Beiträge im Alter

## 1.1 Beitragserhöhungen können unterschiedliche Gründe haben

Rund 8,8 Millionen Vollversicherte in der privaten Krankenversicherung müssen jedes Jahr mit Beitragserhöhungen rechnen. Diese beruhen in der Regel auf höheren Gesundheitskosten. Sie können aber auch mit der extrem niedrigen Kapitalverzinsung zusammenhängen, die für den Beitragsschock des Jahres 2017 verantwortlich gemacht wird. Sechs Millionen Versicherte müssen bis zu elf Prozent mehr an ihren Krankenversicherer zahlen, Zusatzkosten von 50 Euro im Monat sind möglich.

Doch es gibt eine ganze Reihe von Möglichkeiten, darauf zu reagieren. Rufen wir uns dazu die Grundprinzipien der privaten Krankenversicherung ins Gedächtnis.

In der privaten Krankenversicherung werden die Beiträge individuell nach

- dem Alter des Mitglieds,
- seinem Geschlecht und
- dem gewählten Leistungsumfang kalkuliert.

Jede Person stellt versicherungstechnisch ein **eigenes Risiko** dar und zahlt dementsprechend einen separaten Beitrag für den gewählten Versicherungsschutz.

Privatversicherte können den **Leistungsumfang größtenteils frei bestimmen**. Mit dem Umfang der vereinbarten Leistungen steigt der Beitrag. Von Spezialtarifen z. B. für Kuren und Auslandsreisen einmal abgesehen, kommen in der Regel folgende Tarife in Betracht:

- Die **Krankheitskostenvollversicherung** erstattet die Kosten für ambulante, stationäre (Klinik) sowie Zahn- und kieferorthopädische Behandlung.

- Für Beamte gelten spezielle **Restkostentarife** (auch »Prozenttarife«). Denn Beamte haben Anspruch auf Beihilfe und müssen dementsprechend nur den Prozentsatz der Krankheitskosten, der nicht durch die Beihilfe gedeckt wird, selbst versichern.
- Das **Krankentagegeld** zahlt für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Unfall einen bestimmten Geldbetrag, z. B. € 25,- oder € 50,-, und zwar unabhängig davon, ob Sie im Krankenhaus oder zu Hause das Bett hüten müssen.
- Beim **Krankenhaustagegeld** wird ein Tagegeld nur für die Dauer des Krankenhausaufenthalts gezahlt.

### 1.1.1 Der reine Beitragsvergleich reicht nicht aus

Allein anhand der Prämien lässt sich nicht beurteilen, ob eine Gesellschaft günstig oder teuer anbietet. Entscheidend ist vielmehr, welcher Versicherungsschutz im konkreten Beitrag enthalten ist.



Bei der Auswahl empfiehlt es sich, einen gesunden Mittelweg zwischen sogenannten **Leistungsgiganten** bzw. **Beitragszwergen** zu beschreiten. Erstere zeichnen sich durch ein umfassendes und großzügiges Leistungsangebot aus, das regelmäßig mit einem hohen Beitrag erkauft werden muss. Die Beitragszwergen bestechen dagegen durch optisch niedrige Beiträge. Im Ernstfall besteht hier aber die Gefahr, dass ein unzureichender Versicherungsschutz vereinbart wurde und dementsprechend zusätzliche Zahlungen vonseiten des Versicherten erforderlich werden. Ein reiner Beitragsvergleich führt auch dann zu einem falschen Urteil, wenn ein Unternehmen nur deshalb teurer erscheint, weil gerade seine Beiträge angehoben wurden, während der vermeintlich günstigere Anbieter die Anpassung noch vor sich hat. Deshalb immer nach dem Zeitpunkt der letzten Beitragsanpassung fragen.

Ein Versicherer mit günstigen Beiträgen für Männer oder bei der Vollkostenversicherung ist nicht unbedingt auch für Frauen oder beim Krankentagegeld günstig.



Mitunter spart deshalb die Versicherung der einzelnen Risiken bei verschiedenen Gesellschaften Geld. Es ist nämlich keineswegs erforderlich, dass sich beide Ehegatten bzw. alle Personen einer Familie bei ein und demselben Unternehmen versichern. Auch die Policen für eine Person (z. B. Vollkostenversicherung und Tagegeld) können bei verschiedenen Gesellschaften abgeschlossen werden. Aus praktischen Gründen sollten Sie dies aber nach Möglichkeit vermeiden.

### 1.1.2 Auf diese Leistungen kommt es an

Grundlage für die Leistungen der einzelnen Gesellschaften sind die Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherer (MB/KK2009). Neuere gibt es leider noch nicht. Den darin festgeschriebenen **Mindestumfang** der Versicherungsleistungen erweitern und konkretisieren alle Unternehmen durch eigene **Allgemeine Tarifbedingungen (AVB)**. Die Lektüre dieser Tarifbedingungen ist auch für den Laien durchaus verständlich und sehr zu empfehlen, weil dort all jene Leistungsversprechen aufgeführt sind, durch die sich die Gesellschaften voneinander unterscheiden. Nachfolgend einige Punkte, auf die Sie achten sollten.

#### ≡ Allgemeines

- Die Bedingungen sollten **freie Wahl** und **Übernahme der Behandlungskosten von Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker** (ohne Begrenzung der Anzahl der Behandlungen) **und Krankenhaus** vorsehen.
- **Wartezeiten:** Normalerweise müssen Sie in der privaten Krankenversicherung **drei Monate** warten, bis Sie Leistungen in Anspruch nehmen können. Für Entbindung, Psychotherapie,

Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit **acht Monate**. Bei einem Wechsel aus der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Versicherungszeit in der Krankenkasse auf die Wartezeit angerechnet. Die Wartezeit entfällt vollständig nach einem Unfall. Teilweise verzichten Unternehmen auf die Wartezeit, wenn Sie ein ärztliches Zeugnis über Ihren Gesundheitszustand vorlegen (die Kosten dafür übernimmt manchmal der Versicherer). Die allgemeine Wartezeit entfällt auch für den Ehegatten oder den (gleichgeschlechtlichen) Lebenspartner einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person. Voraussetzung ist, dass eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

- Der **Versicherungsschutz** gilt regelmäßig **innerhalb Europas unbegrenzt**. In **außereuropäischen Ländern** sollte er zumindest **zwei Monate** lang bestehen, und zwar auch ohne besondere Vereinbarung (keine Verpflichtung, die Reise dem Versicherer vor Antritt mitzuteilen). Muss der Aufenthalt aus Krankheitsgründen (mangelnde Transportfähigkeit) ausgedehnt werden, sollte der Versicherungsschutz für mindestens zwei weitere Monate gelten.

### ==== Ambulante Heilbehandlung

- Der Versicherer sollte Arztkosten im Rahmen der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** erstatten; die Abrechnungen werden dann bis zum 3,5-Fachen des Regelsatzes bezahlt. »Abgespeckte« Tarife (= besonders preiswerte Tarife mit reduzierten Leistungen) übernehmen maximal das 2,3-Fache. Wer ein Interesse daran hat, fragt nach der Kostenübernahme für **alternative Heilbehandlung**.
- Die Kostenerstattung für **Brillen** und **Kontaktlinsen** sollte € 150,- nicht unterschreiten. Teilweise sehen die Tarife feste Erstattungsobergrenzen für Brillengestelle und unbegrenzte Kostenübernahme für ärztlich verordnete Gläser bzw. Kontaktlinsen vor.

Im Übrigen sollte der Versicherer die Kosten aller verschriebenen Heilmittel (z. B. Massagen und Krankengymnastik) und alle Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, orthopädische Schuhe und Hörhilfen, und zwar auch dann, wenn nicht die einfachste Ausführung gewählt wird) erstatten.

- Die Kostenerstattung für **Psychotherapie** wird oft auf 20 bis 30 Sitzungen bzw. Höchstbeiträge beschränkt; teilweise ist Vorabgenehmigung erforderlich.
- Der Versicherer sollte die Kosten für **Vorsorgemaßnahmen** im gleichen Umfang wie die gesetzliche Krankenversicherung übernehmen.
- Von Vorteil ist es, wenn die **Kurortklausel** gestrichen wird. Dann besteht bei ambulanter Kurbehandlung derselbe Leistungsanspruch wie am Wohnort. Kurleistungen (ambulant und stationär) einer privaten Krankenversicherung sind übrigens unerlässlich für Selbstständige, die keine Beiträge in die Rentenversicherung einzahlen.

## ==== Stationäre Heilbehandlung

Die Angebote weisen in diesem Leistungsbereich keine großen Unterschiede auf. Privatversicherte können im Krankenhaus **Wahlleistungen** beanspruchen; dazu gehören Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung. Die Allgemeine Pflegeklasse mit Unterkunft im Mehrbettzimmer und Behandlung durch Krankenhausärzte (ohne freie Arztwahl) ist dagegen der Standard für die gesetzlich Versicherten.

Meist bieten die Gesellschaften getrennte Tarife für **Unterbringung im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer** an. Teilweise wird aber auch Unterkunft im »Ein- oder Zweibettzimmer« in einem Tarif angeboten. Erfolgt im Krankheitsfall die Unterbringung im Mehrbett-, statt im versicherten Ein- bzw. Zweibettzimmer, zahlen einige Versicherer ein gesondertes Tagegeld. Achtung: Manche Privatversicherer wer-

ben mit besonders günstigen Beiträgen. Tatsächlich ist im stationären Leistungsteil nur Mehrbettzimmer ohne Chefarzt versichert.

- ! Wer im Krankenhaus nicht unbedingt allein liegen möchte, wählt ein Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung. Wer Geld sparen will, verzichtet entweder ganz auf Wahlleistungen oder verzichtet zumindest auf die gesonderte Unterkunft und wählt stattdessen das Mehrbettzimmer. Manche Krankenhäuser bieten allerdings Chefarztbehandlung nur an, wenn gleichzeitig Unterkunft im Ein- / Zweibettzimmer versichert ist. Wer das Einbettzimmer bevorzugt, muss die Angebote wegen der großen Beitragsunterschiede hierfür besonders sorgfältig vergleichen. Achtung: Nicht alle Gesellschaften übernehmen die Kosten für stationäre Kuren.

### == Zahnärztliche Heilbehandlung

In diesem Leistungsbereich sind die Angebote besonders vielfältig und die Unterschiede zwischen den einzelnen Gesellschaften besonders groß. Weil **Privatrechnungen beim Zahnarzt** rasch hohe Summen erreichen, sollten Sie bei der Festlegung des Leistungsumfangs nicht knausern.

- ! Bevorzugen Sie einen Tarif mit 100 % Erstattung der Kosten für Zahnbehandlung und 80 % Erstattung der Kosten für Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Leistungen. Weniger empfehlenswert sind Spartarife mit nur 50 % Erstattung und Tarife, bei denen die Erstattung auf niedrige Rechnungsbeträge begrenzt ist, zum Beispiel € 1 300,- jährlich. Wer sich nicht sicher ist, was er braucht, fragt nach der teuersten Tarifvariante eines Unternehmens und lässt sich deren besondere Vorzüge erklären.

Häufig ist in den ersten Jahren der Versicherung die **Höchstleistung entsprechend der Vertragsdauer eingeschränkt**, zum Beispiel im 1. Versicherungsjahr auf höchstens bis zu € 1 500,- Rechnungsbetrag (bei 80 % Erstattung erhalten Sie tatsächlich also maximal nur

€ 1 200,-), € 3 000,- im 2. und € 5 000,- im 3. Versicherungsjahr. Mit weniger als diesen Summen sollten Sie sich aber auf keinen Fall zufriedengeben. Achten Sie auch darauf, dass die Höchstbeträge nicht für die Behandlungen nach Unfällen gelten.

Manche Tarife beschränken die erstattungsfähigen Arztleistungen auf das **2,3-Fache** der **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)**. Das reicht bei schwierigen Eingriffen nicht immer aus.



Reichen Sie vor aufwendigen Zahnersatz- bzw. größeren kieferorthopädischen Leistungen unbedingt einen Kostenvoranschlag beim Versicherer ein, auch wenn dies in den Bedingungen nicht zwingend vorgeschrieben ist. So erfahren Sie frühzeitig, was Ihr Versicherer nicht bezahlt. Gegebenenfalls lässt sich die Abrechnung noch in Ihrem Sinne modifizieren. Wenn der erstattungsfähige Rechnungshöchstbetrag in einem Jahr überschritten würde, sollten Sie die Behandlung (wenn möglich) in Teilabschnitten ausführen lassen, die Sie über mehrere Jahre verteilen.

## ==== Kinder

Für Kinder sind die Beiträge der Privaten recht günstig. Doch wie alt darf ein Kind sein? Bei manchen Gesellschaften finden erste **Beitragsanhebungen** schon nach dem 12. Lebensjahr statt. Andere versichern den Nachwuchs bis zum 20. Lebensjahr einheitlich zu einem günstigen Beitrag. Die Ersparnis summiert sich im Laufe der Jahre auf viele Tausend Euro. Vor allem dann, wenn nicht nur ein Kind zu versichern ist.

### 1.1.3 Selbstbehalte richtig kalkulieren

Eine beträchtliche Beitragsersparnis bieten **Tarife mit Selbstbehalt** (Selbstbeteiligung). Wer einen solchen Tarif wählt, muss entweder einen festen Betrag seiner Krankheitskosten (z. B. € 500,- pro Kalenderjahr) oder einen bestimmten prozentualen Anteil (z. B. 10 % der

Rechnungsbeträge) aus eigener Tasche bezahlen. Den Rest ersetzt die Gesellschaft. Selbstbehalte sind meist auf die Kosten der ambulanten Heilbehandlung beschränkt.

## === Selbstbehalt: So rechnen Sie richtig

### ■ Tarife mit und ohne Selbstbehalte vergleichen

Ein Tarif mit Selbstbehalt lohnt nur, wenn die Prämie dafür mindestens um den Betrag des Selbstbehalts unter der Prämie für den Tarif ohne Selbstbehalt liegt.

Beispiel: Tarif ohne Selbstbeteiligung	€ 370, – Monatsbeitrag
./Tarif mit Selbstbeteiligung	€ 300, – Monatsbeitrag
monatliche Ersparnis	€ 70, – = € 840,– jährlich
./Selbstbeteiligung	€ 250,– jährlich
Beitragsersparnis bei Inanspruchnahme mit dem Selbstbehalt	€ 590,– jährlich

Erkundigen Sie sich immer auch nach dem Tarif **ohne** Selbstbehalt. Denn es kommt gelegentlich vor, dass ein Tarif ohne Selbstbehalt günstiger kalkuliert ist als ein Tarif mit Selbstbehalt.

### ■ Tarifangebote mit unterschiedlichen Selbsthalten einholen

Meist sehen die Tarifwerke mehrere Selbstbehalte vor, z. B. in Höhe von € 300,–, € 1 000,– und € 3 000,–. Lassen Sie sich Tarifangebote mit unterschiedlich hohen Selbsthalten vorlegen. So finden Sie heraus, welchen Selbstbehalt ein Unternehmen am höchsten honoriert. Einen prozentualen Selbstbehalt aber nur akzeptieren, wenn zugleich ein absoluter Höchstbetrag in Euro vereinbart wird.

### ■ Arbeitnehmer sollten ihren Arbeitgeber kontaktieren

Ein Tarif mit Selbstbehalt ist besonders lohnend, wenn der Arbeitgeber Krankheitskosten seiner Arbeitnehmer teilweise übernimmt. Arbeitgeber können ihren Arbeitnehmern nämlich bis zu € 600,– pro Jahr »als Beihilfe und Unterstützungen, die wegen Hilfsbedürftigkeit gewährt werden«, steuer- und sozialabgaben-

frei zukommen lassen (Einzelheiten regeln die Lohnsteuer-Richtlinien)! Achtung: Selbstbehalt immer nur so hoch wählen, dass Arbeitgeberzuschuss (= 1/2 des Beitrags der privaten Krankenversicherung, höchstens aber 1/2 des Beitrags für Versicherte in der gesetzlichen Krankenkasse) voll ausgenutzt wird.

Je höher die jährliche Selbstbeteiligung, **umso niedriger wird der Beitrag**. Beispielsweise macht der Beitrag für einen 33-jährigen versicherten Mann bei einer Selbstbeteiligung von € 3 000,- im Jahr nur 5,4 % dessen aus, was ohne Selbstbeteiligung zu zahlen wäre. Die Tendenz bei den Selbsthalten ist stark steigend. Inzwischen werben einige Versicherer auch schon mit dem sogenannten **Großschadenstarif**. Dabei wird ein außerordentlich hoher Selbstbehalt von zum Beispiel € 5 000,- jährlich vereinbart. Zum Ausgleich dafür ist der monatliche Beitrag entsprechend niedrig.



Ein Großschadenstarif ist nur interessant, wenn Sie sich einer stabilen Gesundheit erfreuen und darauf vertrauen, mit diesem Selbstbehalt nicht jedes Jahr in Anspruch genommen zu werden. Außerdem sollten Sie immer in der Lage sein, unvorhergesehene größere Krankheitsaufwendungen mühelos selbst bezahlen zu können.

#### 1.1.4 Vorsicht bei der Beitragsrückerstattung

Bei manchen Gesellschaften erhalten Sie Teile Ihrer Beiträge zurück, wenn dem Versicherer keine Leistungen abverlangt wurden. Diese **Beitragsrückerstattung** darf bis zu sechs Monatsbeiträgen (ein kaum noch erreichter Spitzenwert) betragen und maximal auf zwei Jahre im Voraus garantiert werden. Sie wird – und das ist das Interessante – vom gesamten Monatsbeitrag berechnet.

Die Beitragsrückerstattung fällt besonders bei **Arbeitnehmern** ins Gewicht. Denn diese erhalten regelmäßig die Hälfte ihres Beitrags zur privaten Krankenversicherung als Arbeitgeberzuschuss, wobei auch dieser Zuschuss in die Rückerstattung einbezogen wird. Bei ei-