

# Finanztip

## Leistungen der privaten Krankenversicherung

Auf diese Tarifmerkmale solltest Du achten

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

Dieses Dokument soll Dir helfen, einen besseren Überblick über die Leistungen einzelner Tarife zu bekommen. Notiere unter „Anmerkungen“, in welchem Umfang Du die jeweilige Leistung benötigst. Im Gespräch mit Deinem Versicherungsberater oder -makler kannst Du dann notieren und abgleichen, in welchem Maße Dir angebotene Tarife diese Leistungen abdecken. Achte dabei auf Einschränkungen, Erstattungshöhen und Selbstbeteiligungen.

Versicherer:

Monatlicher Beitrag:

Tarif:

Selbstbeteiligung:

### Unverzichtbare Leistungen

**Arzthonorare** - Ärzte rechnen in Deutschland nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) ab. Für die meisten Behandlungen reicht es, wenn die Versicherung den Regelhöchstsatz (2,3-fache der GOÄ/GOZ) oder den Höchstsatz (3,5-fache) erstattet. Tarife, die weniger als den Regelsatz erstatten, sind nicht empfehlenswert. Wenn Du auch Behandlungen durch Spezialisten, Privatkliniken oder im Ausland versichern möchtest – also das, was über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus geht – dann solltest Du einen Tarif wählen, der auch über dem Höchstsatz oder ohne Bezug auf die Gebührenverordnung erstattet.

Falls Du im Ausland lebst oder leben möchtest, solltest Du außerdem gegen einen Aufpreis vereinbaren, dass die Übernahme der Kosten nicht auf deutsches Niveau begrenzt ist. Sonst bleibst Du möglicherweise auf höheren Rechnungen sitzen. Bei einer Behandlung im Ausland ist es außerdem sinnvoll, dass die Kosten nicht auf ortsübliche oder landesübliche Sätze beschränkt sind. Sonst musst Du Dich im schlechtesten Fall mit Deiner Versicherung darüber streiten, was landesüblich ist.

Anmerkungen (Honorare ambulant/stationär/Zahnarzt):

**Arztwahl** - Hausarzttarife oder Tarife mit Primärarztprinzip schreiben vor, dass Du immer zuerst einen bestimmten Arzt aufsuchen musst. Sonst kann die Versicherung ihre Leistungen kürzen. Bei freier Arztwahl kannst Du hingegen direkt einen Facharzt aufsuchen und unter den niedergelassenen Ärzten allein auswählen. Falls Du im Krankenhaus vom Chefarzt behandelt werden möchtest, musst Du privatärztliche Behandlungen auf Station mitversichern. Behandlungen durch sogenannte Heilhilfsberufe wie Physiotherapeuten oder Logopädinnen sind ebenfalls nur mitversichert, wenn dies gesondert in Deinem Vertrag steht.

Anmerkungen:

**Medikamente** - Achte auf mögliche Selbstbehalte oder Beschränkungen bei der Erstattung. Zahlungen für Medikamente sollten möglichst nicht auf Generika, also Nachahmer-Präparate, beschränkt sein.

Anmerkungen:

**Hilfsmittel** - Unter Hilfsmittel fallen verschiedenste Errungenschaften, die helfen, körperliche Defizite auszugleichen. Das reicht von lebenserhaltenden Hilfsmitteln wie Beatmungsgeräten über sogenannte Körperersatzstücke (Prothesen, Kunstaugen) bis hin zu Rollstühlen. Aber auch orthopädische Hilfsmittel wie Gehhilfen gehören dazu, ebenso wie Brillen oder Blindenhunde.

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

Der genaue Umfang der Leistung steht im Hilfsmittelkatalog der Versicherung. Diesen Katalog gibt es in zwei Varianten:

1. Bei einem **geschlossenen Katalog** gibt es eine festgelegte Liste an Hilfsmitteln, die erstattet wird. Diese Liste bleibt gleich – was dort nicht aufgezählt ist, wird auch in Zukunft nicht bezahlt. Ein geschlossener Katalog schreibt also quasi den Stand der Technik beim Vertragsabschluss auf Jahrzehnte fest.
2. In einem **offenen Katalog** werden die verschiedenen Arten von Hilfsmitteln nicht einzeln aufgezählt. Durch diese Formulierung werden in Zukunft auch Neuerungen bezahlt. Ein offener Katalog ist vorzuziehen, aber meist auch teurer. Es gibt auch Mischungen aus beiden Varianten: eine abgeschlossene Liste mit offenen Formulierungen an einigen Stellen.

Vor allem sehr teure Hilfsmittel sollte die Versicherung zahlen. Kosten für einen Blindenhund sollten zum Beispiel versichert sein, auch wenn das etwas abwegig klingt. Denn ein

Blindenhund ist sehr teuer und kann Betroffenen das Leben deutlich erleichtern. Genauso sind hochwertige Prothesen oder sprachgesteuerte Rollstühle meist eine bessere Hilfe als die „einfache Ausführung“ solcher Hilfsmittel. Oft genügt es, wenn die Versicherung die Kosten für die Miete der Geräte übernimmt. Brillen dagegen kannst Du auch gut selbst bezahlen.

Anmerkungen:

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

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

Anschließend solltest Du Dir die Erstattungshöhen bei Zahnbehandlung und Zahnersatz anschauen. Sehr gute Tarife übernehmen Kosten für die Zahnbehandlung voll und für Zahnersatz zu 80 oder 90 Prozent. Wichtig ist außerdem, wieviel die PKV für Inlays und Implantate sowie Material- und Laborkosten zahlt. Viele Tarife erstatten Kieferorthopädie bei Erwachsenen nur, sofern auch die gesetzliche Krankenversicherung zahlen würde.

Anmerkungen:

## Sehr wichtige Leistungen

**Psychotherapie** - Diese Behandlung ist grundsätzlich in den Bedingungen als medizinisch notwendig mitversichert, sowohl in einer Klinik (stationär) als auch beim Arzt (ambulant). Allerdings schränken die meisten Anbieter den Schutz ein – vor allem bei ambulanter Psychotherapie. Finanztip empfiehlt, mindestens 50 Sitzungen zu versichern. Zum Vergleich: Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt bei einer Langzeittherapie zwischen 60 und 160 Sitzungen.

Achte darauf, dass der Vertrag möglichst wenige Beschränkungen enthält: etwa eine prozentuale Selbstbeteiligung, eine Begrenzung der versicherten Tage in stationärer Therapie oder die Pflicht, Behandlungen vor Beginn von der Versicherung genehmigen zu lassen.

Ebenfalls wichtig zu wissen: Sowohl Fachärzte als auch studierte Psychologen mit Zusatzausbildung dürfen psychotherapeutisch behandeln. Das ist ein wichtiger Unterschied.

Denn während Leistungen von Ärzten in der PKV mitversichert sind, zahlt die Versicherung für die Behandlung durch Psychologen nur, sofern das ausdrücklich in Deinem Vertrag steht. Letzteres ist ratsam, da insbesondere im ambulanten Bereich schlicht mehr psychologische Psychotherapeuten arbeiten als Fachärzte.

Anmerkungen:

**Heilmittel** - Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie (mindestens bei Diabetes) sollten versichert sein. Musst Du eine dauerhafte Therapie selbst zahlen, wird das ganz schön teuer. Achte darauf, dass nicht nur Ärzte, sondern auch Therapeuten Dich behandeln dürfen.

Anmerkungen:

**Stationäre Versorgung** - Halte Dir die Möglichkeit einer Behandlung in Privatkliniken oder ausländischen Krankenhäusern offen. Dafür solltest Du einen Tarif wählen, der die Erstattung der Krankenhauskosten nicht auf die Regeln der Bundespflegesatzverordnung, des Krankenhausentgeltgesetzes oder auch der sogenannten Fallpauschalenvereinbarung begrenzt.

Viele spezialisierte Kliniken, zum Beispiel Herz-Zentren oder Krankenhäuser in Kurorten, sind sogenannte gemischte Anstalten. Das bedeutet, sie bieten neben normalen Krankenhausbehandlungen auch Reha oder Kuren an. Standardmäßig zahlt die private Krankenversicherung nicht für die Behandlung in solchen Krankenhäusern, das musst Du gezielt mitversichern.

Insbesondere falls Du in einem Kurort wohnst, solltest Du darauf achten, dass Dein Tarif unkompliziert die Behandlung in einer gemischten Anstalt erstattet. Denn oft ist diese das einzige Krankenhaus vor Ort. Alle anderen sollten zumindest im Notfall solche Kliniken aufsuchen dürfen.

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

Anmerkungen:

**Kurortklausel** - Im Prinzip sind ambulante Behandlungen in einem Kurort nur versichert,

sofern es sich um eine akute Erkrankung oder einen Unfall handelt oder Du Deinen Wohnsitz im Kurort hast. Ein leistungsstarker Tarif sollte auf die Klausel möglichst verzichten.

Anmerkungen:

**Geltungsbereich** - Der Geltungsbereich der Versicherung ist für Dich vor allem wichtig, wenn Du im Ausland arbeiten oder sogar langfristig dort leben möchtest. Auch lange Reisen können zu einem Problem für den Versicherungsschutz werden.

Die meisten Tarife sind im gesamten Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gültig, also in der Europäischen Union und zusätzlich in Island, Liechtenstein und Norwegen. Die Schweiz gehört nicht dazu. Wenn Du diese Länder für längere Zeit verlässt – zum Beispiel für einen ausgedehnten Urlaub –, musst Du schauen, unter welchen Voraussetzungen der Vertrag trotzdem bestehen bleibt. Entscheidend ist, welcher Zeitraum für die Versicherung noch als Urlaub oder schon als Verlegung des „regelmäßigen Aufenthaltsortes“ gilt.

Kurze Urlaubsreisen bis zu einem Monat sind in der Regel kein Problem. Einige Tarife verlängern den Zeitraum auf mehrere Monate oder bieten sogar unbegrenzten Schutz an. Es kann ratsam sein, zusätzlich eine Auslandsreisekrankenversicherung abzuschließen. Denn ein Rücktransport aus dem Urlaubsland ist nicht in jedem PKV-Tarif versichert. Gute Reisekrankenversicherungen gibt es bereits für 10 Euro im Jahr.

Anmerkungen:

**Anschlussheilbehandlung/Kur/Reha** - Normalerweise übernimmt die gesetzliche Rentenversicherung oder gesetzliche Unfallversicherung die Kosten einer Reha oder Anschlussheilbehandlung nach einem Klinikaufenthalt. Wenn Du dort als Selbstständiger aber nicht versichert bist, solltest Du besonders auf diese Klausel achten. Für Angestellte ergänzt diese Klausel die Leistungen der gesetzlichen Versicherungen. Achte also darauf, welche Kosten übernommen werden, sofern es keinen gesetzlichen Leistungsträger gibt, oder wie dessen Leistungen durch die PKV ergänzt werden.

Die Heilbehandlungen sollten grundsätzlich versichert sein, nicht nur bei schweren oder vorab definierten Erkrankungen. Denn besonders die Definition schwerer Erkrankungen ist Auslegungssache. Prüfe, ob es Fristen gibt, innerhalb derer Du eine Reha antreten musst. Je nach Art der Krankheit kann es eine Weile dauern, bis Du fit genug für eine Reha bist. Am besten ist es daher, wenn im Vertrag keine Fristen festgelegt sind, sondern die Behandlung erst beginnen muss, wenn dies medizinisch möglich ist.

Auch Entziehungsmaßnahmen für Suchtkranke sind nicht automatisch mitversichert. Soll die PKV die Kosten übernehmen, musst Du das zusätzlich vereinbaren. Die erste Entziehung sollte möglichst versichert sein.

Anmerkungen:

**Palliativversorgung/Hospiz** - Achte auf die Erstattung von Kosten für eine Palliativ- oder Hospizversorgung, also die Schmerztherapie und Sterbebegleitung im Endstadium schwerer Krankheiten. Einige Tarife beschränken vor allem die Leistungen der Palliativmedizin. Zumindest eine stationäre und teilstationäre Versorgung im Hospiz sollte aber versichert sein.

Anmerkungen:

**Transport** - Es geht um den Transport sowohl zum Arzt oder ins Krankenhaus. In Notfällen oder zur Erstversorgung nach einem Unfall sollten Transportkosten auch dann versichert sein, wenn Du letztendlich nur ambulant behandelt wirst. Achte darauf, dass möglichst alle Transportmittel erstattet werden, also zum Beispiel auch ein Notfallflug mit dem Hubschrauber. Und wähle möglichst einen Tarif ohne Beschränkung des Transportweges, auf den nächstgelegenen Behandler oder auf Höchstbeträge. Auch Kosten für den Transport zu Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie sollte die Versicherung übernehmen, ähnlich wie gesetzliche Krankenkassen es tun.

Anmerkungen:

## **Leistungen, über die Du nachdenken solltest**

**Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen** - Vorsorgeuntersuchungen wie Krebsfrüherkennung, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, sind auch in jeder PKV grundsätzlich mitversichert. Einige private Tarife erstatten darüber hinaus weitere Untersuchungen. Schutzimpfungen müssen hingegen gesondert in den Versicherungsbedingungen aufgeführt sein. Der Umfang sollte mindestens den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (Stiko) entsprechen.

Anmerkungen:

**Familienleistungen** - Wenn Deine Familienplanung noch nicht abgeschlossen ist, solltest Du Folgendes beachten: Anders als in der GKV musst Du als Privatversicherter in vielen Tarifen während der Elternzeit Deine Beiträge weiterzahlen. Neugeborene sind ohne Gesundheitsprüfung privat krankenversichert. Du solltest allerdings bedenken, dass der Versicherungsschutz der Kinder nicht umfangreicher sein darf als der der Eltern. Wenn Du

Dich also für einen Billigtarif mit geringen Leistungen entscheidest, bekommt Dein Kind auch nur diese Leistungen.

Anmerkungen:

**Heilpraktiker** - Viele Tarife bezahlen Heilpraktiker nur eingeschränkt. Wenn Du darauf Wert legst, solltest Du nachfragen, was dazu im Vertrag steht. Bei der Erstattung von Honoraren reicht der Höchstbetrag der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH) in der Regel aus.

Anmerkungen:

**Einbettzimmer** - Einen Krankenhausaufenthalt im Einbettzimmer zu verbringen, ist zwar angenehmer. Es ist eher aber nicht das entscheidende Kriterium für eine gute medizinische Versorgung und sollte deshalb nur ein nettes Extra bei der Tarifauswahl sein.

Anmerkungen:

**Sehhilfen** - Einige Tarife erstatten die Kosten für Brillen, Kontaktlinsen oder Laser-Behandlungen (Lasik). Im März 2017 urteilte der Bundesgerichtshof, dass Lasik zur Korrektur von Fehlsichtigkeit als „medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit“ gilt (BGH 29. März 2017 - IV ZR 533/15). Daher muss die Krankenversicherung den Eingriff bezahlen, sofern diese Formulierung in den Versicherungsbedingungen steht.

Anmerkungen:

**Selbstbehalt** - Die Selbstbeteiligung drückt den monatlichen Beitrag. Wenn Du selten zum Arzt musst, kannst Du so sparen. Für Selbstständige lohnt sich eine höhere Selbstbeteiligung mehr als für Angestellte.

Um die Preise verschiedener Tarife ehrlich zu betrachten, solltest Du den Selbstbehalt allerdings in den Beitrag miteinrechnen. Denn früher oder später wirst Du ihn vermutlich voll zahlen müssen. Sei Dir außerdem bewusst, dass es mitunter für Teilbereiche der Versicherung, beispielsweise Zahnbehandlungen, andere Selbstbeteiligungen gibt.

Vorsicht: Eine hohe Selbstbeteiligung lässt sich nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung senken – mit zunehmendem Alter ist das daher schwierig. Lass Dich also nicht dazu

verleiten, leichtfertig Tausende Euro Selbstbehalt zu vereinbaren. Im Rentenalter könntest Du das bereuen.

Anmerkungen:

**Beitragsrückerstattung** - Eine mögliche Beitragsrückerstattung für den Fall, dass Du keine Rechnungen einreichst, sollte nicht für die Tarifwahl ausschlaggebend sein. Denn die Höhe der Rückerstattung hängt meist vom erwirtschafteten Überschuss der Versicherung ab und kann sehr niedrig ausfallen. Außerdem ist es nicht sinnvoll, für eine Rückerstattung auf notwendige Arztbesuche zu verzichten.

Anmerkungen:

**Wechseloptionen** - Einige Tarife geben Dir die Möglichkeit, unter bestimmten Bedingungen den Versicherungsschutz zu erhöhen oder den Selbstbehalt zu reduzieren – ohne die sonst übliche Gesundheitsprüfung und Wartezeit. Das nennt sich Optionsrecht. Ein solches Wechselrecht kann sinnvoll sein, wenn Du Dich entgegen unserer Empfehlung zunächst für einen Tarif mit geringem Leistungsumfang entscheidest. Aber Achtung: Das Optionsrecht kannst Du nur in einem sehr engen Rahmen nutzen. Meist gibt es dafür feste Termine, Altersgrenzen oder Auslöser wie Heirat oder Verbeamtung. Verpasst Du den entsprechenden Zeitpunkt, verfällt die Wechseloption.

Glaubst Du, dass Du der privaten Krankenversicherung später wieder den Rücken kehren willst, dann ist für Dich ein Tarif geeignet, der sich in eine private Zusatzversicherung umwandeln lässt. So gehen Deine angesammelten Altersrückstellungen nicht verloren, wenn Du zurück in die GKV wechselst.

Anmerkungen:

**Krankentagegeld** - Besonders Gutverdiener oder Selbstständige sollten ein Krankentagegeld mitversichern. Für Selbstständige ist dies meist die einzige Möglichkeit, sich gegen einen vorübergehenden Verdienstausschlag durch Krankheit abzusichern.

Angestellte bekommen sechs Wochen lang den Lohn vom Arbeitgeber fortbezahlt. Danach zahlt bei gesetzlich versicherten Arbeitnehmern die Kasse ein Krankengeld – als Privatversicherter musst Du dies extra vereinbaren. Sinnvoll für Arbeitnehmer ist ein Krankentagegeld ab dem 43. Tag.

Anmerkungen:



**Beitragsentlastung** - Um die oft teuren PKV-Beiträge im Alter zu senken, bieten viele private Krankenversicherungen einen sogenannten Beitragsentlastungstarif an. Das bedeutet, Du zahlst Deinem Anbieter zusätzlich zu Deinen regulären Beiträgen mehr Geld, das dieser für Dich anspart. Im Gegenzug senkt er dafür im Rentenalter den monatlichen Beitrag um eine vorher zugesicherte Summe.

Doch Vorsicht: Den Beitrag für den Entlastungstarif musst Du im Alter auch weiterhin zahlen. Zieh ihn von der versprochenen Beitragsentlastung ab, um herauszufinden, wie viel Du im Alter tatsächlich weniger zahlst.

In den meisten Fällen ist eine Beitragsentlastung wenig sinnvoll. Nur wenn Du den Arbeitgeberanteil noch nicht ganz ausgeschöpft hast, profitierst Du möglicherweise von einem Beitragsentlastungstarif. Grundsätzlich ist es aber besser, selbst Geld zurückzulegen und es etwa in Aktien zu investieren. So erwirtschaftest Du eine höhere Rendite und das angelegte Geld ist nicht weg, wenn Du stirbst oder die PKV verlässt.

Anmerkungen: