

# Versicherungsratgeber



Arbeitsgemeinschaft  
**Finanzen**

## **Gesetzliche und Private Krankenversicherung Pflegeversicherung**

[Arbeitsgemeinschaft-Finanzen.de/Krankenversicherung](http://Arbeitsgemeinschaft-Finanzen.de/Krankenversicherung)

**Dietmar Kern | Arbeitsgemeinschaft-Finanzen**

*Stand: 02.2010*

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	3
1. Die gesetzliche Krankenversicherung .....	4
1.1 Kassenwechsel und Fristen .....	4
1.2 Beitragsfreie Familien- und Studentenversicherungen .....	4
1.3 Private Zahnzusatzversicherung .....	5
1.3.1 Paketangebote oder Regelversorgung .....	5
1.3.2 Verschiedene Varianten an Zusatzversicherungen.....	6
1.3.3 Rechnen lohnt sich .....	6
1.4 Private Zusatzversicherung .....	7
1.4.1 Zusatzversicherungen kontra Ergänzungstarife .....	7
1.4.2 Ansprüche sichern .....	7
1.5 Die Auslandskrankenversicherung .....	8
1.5.1 Richtiges Preis-/Leistungsverhältnis .....	8
1.6 Das Krankentagegeld - volles Krankengeld auch nach 6 Wochen .....	8
1.6.1 Vorsorge durch privates Krankentagegeld.....	9
1.6.2 Sinnvolle Zusatzversicherung .....	10
1.6.3 Sinnvolle Zusatzversicherung .....	10
1.7 Härtefallregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	10
1.7.1 Belastungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung .....	10
2. Die Private Krankenversicherung .....	12
2.1 Die Richtige Zielgruppe .....	12
2.2 Nicht zu unterschätzen: Der Gesundheitszustand .....	12
2.3 Wichtige Details bei der PKV .....	13
3. Die Pflegeversicherung .....	15
3.1 Vorsorge treffen mit der Pflegerentenversicherung .....	15
3.2 Vorteilhafter: Die Pfl egetagegeldversicherung .....	15
3.3 Optimal: Die Pflegekostenversicherung.....	16

## **Vorwort**

Den zahlreichen Krankenkassen, die im Wesentlichen identische Leistungen bieten, aber durch die angekündigten Forderungen von Zusatzbeiträgen in Zukunft unterschiedliche Beiträge haben, stehen viele verschiedene Versicherungsgesellschaften mit unterschiedlichen Leistungen und Tarifen gegenüber. Vor Beitritt oder Abschluss ist es deshalb sinnvoll und angeraten, sich ausführlich zu informieren und von Fachleuten, wie beispielsweise von einem Versicherungsmakler beraten zu lassen. Dieser Ratgeber erklärt die Gesetzliche und die Private Krankenversicherung und erläutert, was grundsätzlich versicherbar ist und was vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist. Dadurch können Sie für sich und Ihre Familie den passenden Versicherungsschutz gegen die Risiken von Krankheit und Pflegebedürftigkeit finden. Unabhängig von der Größe Ihres Absicherungsbedürfnisses, durch Wahltarife oder private Zusatzversicherungen lässt sich der Leistungsumfang soweit erhöhen, dass Deckungslücken minimiert, bestenfalls sogar geschlossen werden.

# 1. Die gesetzliche Krankenversicherung

Mitglieder der GKV erhalten im Krankheitsfalle in Ländern innerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes, mit denen die Bundesrepublik Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat, entsprechende Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des ausländischen Landes (ärztliche Behandlung nach dem Leistungskatalog des jeweiligen Landes). Nicht selten fallen hierdurch erhebliche Eigenleistungen an. In Ländern ohne ein Sozialversicherungsabkommen besteht hingegen überhaupt kein Versicherungsschutz, hier empfiehlt sich der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung. Wer länger im Ausland lebt, benötigt eine langfristige Auslandskrankenversicherung.

Seit Anfang 2009 sind die gesetzlichen Kassen dazu verpflichtet, ihren Mitgliedern gegenüber auch günstige Hausarzttarife bzw. Selbstbehalttarife sowie Tarife für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen anzubieten. Die so genannten Wahltarife beinhalten bspw. die Kostenübernahme für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel besonderer Therapieeinrichtungen. Der Nachteil besteht jedoch darin, dass Kunden an die Wahltarife für einen Zeitraum über 3 Jahre gebunden sind. Der Tarif kann nur infolge eines eintretenden Härtefalles beendet werden.

Seit in Kraft treten der Gesundheitsreform 2007 besteht eine allgemeine Pflicht zur Versicherung. Alle ehemals gesetzlich Versicherten, die der GKV zuzuordnen sind, müssen sich bei ihrer Krankenkasse melden. Nichtversicherte, die der privaten Krankenversicherung zuzurechnen sind, haben Anspruch auf den Basistarif.

Im Zuge der Eigenverantwortung werden die Leistungen der GKV bei Impfungen, Kuren sowie für Behandlungs- und Betreuungskosten älterer Menschen erhöht, im Gegenzug Behandlungen von Komplikationen nach Piercings oder Schönheitsoperationen nicht mehr bezahlt. Wer Vorsorgemaßnahmen fernbleibt, für den erhöht sich später die Zuzahlung. Zu den neu hinzugekommenen verbesserten freiwilligen Leistungen zählen die spezialisierte Versorgung schwerkranker Kinder oder Sterbenskranker in ihrem Zuhause sowie die ambulante Krankenpflege für Menschen innerhalb einer betreuten Wohnform. Für all diejenigen, die sich von ihrem Arzt über die Vor- und Nachteile von Früherkennungsuntersuchungen informieren lassen, verringert sich nicht nur die Belastungsgrenze, sondern auch die Höhe der Zuzahlungen.

## 1.1 Kassenwechsel und Fristen

Eine Kasse sollte nicht nur günstig, sie sollte auch gut erreichbar sein, und zwar sowohl am Telefon als auch in der Geschäftsstelle. Hinzu kommt eine kompetente Beratung, insbesondere in dringenden Fällen. Sie sollten Ausschau nach Präventionsangeboten und Wahltarifen halten. Ein Kassenwechsel ist erst nach Ablauf der Bindungsfrist von achtzehn Monaten möglich. Danach kann jederzeit unter Einhaltung der Kündigungsfrist von zwei Monaten die Mitgliedschaft beendet werden. Sollte die Krankenkasse nicht mit den zugewiesenen Mitteln aus dem Gesundheitsfonds auskommen und aus diesem Grund Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern fordern, so ist sie verpflichtet einen Monat vor wirksam werden schriftlich auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen. Auch in diesem Fall gilt eine zweimonatige Kündigungsfrist. Wichtig: Zusatzbeiträge werden nicht für Kinder oder mitversicherte Partner fällig. Bei Sonderkündigung darf Zusatzbeitrag bis zum Ende der Mitgliedschaft nicht erhoben werden.

## 1.2 Beitragsfreie Familien- und Studentenversicherungen

Keine Beiträge zur GKV werden für mitversicherte Angehörige fällig. Sie sind über einen Elternteil bzw. über den Ehepartner selbst im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei in der GKV abgesichert sind. Innerhalb der Familienversicherung gibt es allerdings die Einkommensobergrenze von monatlich 400 Euro (Stand 2010) zu beachten. Die Möglichkeit zur beitragsfreien Krankenversicherung besteht zudem für Versicherte, die Kranken- oder Mutterschaftsgeld beziehen bzw. sich im Erziehungsurlaub befinden und Elterngeld beziehen. Die Beitragsfreiheit entfällt allerdings, sobald man während des Bezugs von Elterngeld einer Beschäftigung nachgeht, aus der Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten sind.

Studenten haben insbesondere die Möglichkeit, sich sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung zu versichern. Wer in die PKV wechselt, muss sich allerdings

zuerst von der gesetzlichen Versicherungspflicht befreien lassen. War ein Student bereits vor Aufnahme seines Studiums als Jugendlicher bei seinen Eltern privat mitversichert, kann er zu Beginn seines Studiums die Befreiung nur beantragen, wenn er auch weiterhin Privatpatient bleiben möchte. Eine Befreiung ist zudem nur mit einer Frist von maximal 3 Monaten nach Studienaufnahme möglich. Wer hingegen auch bisher gesetzlich über seine Eltern versichert war, muss das Ende der Familienversicherung abwarten. Dies ist in der Regel die Vollendung des 25. Lebensjahres. Daran anschließend kann wieder mit einer Frist von 3 Monaten ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt werden.

Der Nachteil: In diesem Fall ist dann eine Rückkehr in die GKV – zumindest für die Zeit des Studiums – gem. § 8 Abs. 2 SGB V nicht mehr möglich. Erst mit dem Übergang ins Berufsleben ist dann wieder ein Wechsel zurück in die GKV möglich. Weiterer Nachteil: Kinder von Studenten können nicht beitragsfrei in der PKV mit abgesichert werden. Im Gegenzug werden von der PKV Kosten übernommen, die in der GKV nur teilweise abgedeckt sind. Studierende, die aufgrund ihrer langen Studienzeiten bzw. aus Altersgründen aus der GKV ausscheiden (müssen), haben die Möglichkeit, sich bis zur Vollendung ihres 34. Lebensjahres in einem Studententarif in der PKV zu versichern. Wichtig: Auch privat versicherte Studenten erhalten über ihr BAföG Zuschüsse zu Krankenversicherung. Voraussetzung ist lediglich, dass man zu den Leistungsberechtigten gehört. Studenten, die innerhalb des Zeitraums, in dem sie über die Studentische Krankenversicherung versichert sind, Kinder bekommen, erhalten zwar Leistungen wie Elterngeld, müssen aber im Gegenzug Beiträge für die Studentenversicherung zahlen. Studenten erhalten erst dann wieder einen beitragsfreien Leistungsbezug, wenn sie exmatrikuliert (d.h. nicht mehr an einer Hochschule eingeschrieben) sind. Studenten, deren Eltern Beamte sind, erhalten 80% Beihilfe zu ihren Krankheitskosten – gebunden allerdings an die Bezugsdauer des Kindergeldes, längstens bis zum 25. Lebensjahr (für Jahrgänge vor 1981 gilt noch das 27. Lebensjahr).

Um eventuell erworbene Rechte in der PKV zu erhalten, ist der Abschluss einer so genannten Anwartschaftsversicherung ratsam. Dies gilt insbesondere für Studenten, die zuvor privat versichert waren, nach ihrem Studienabschluss aber ein Beschäftigungsverhältnis eingehen und hierdurch vorübergehend versicherungspflichtig in der GKV werden. Nach dem Wegfall der GKV-Versicherungspflicht ist dann der Wechsel zurück in die frühere PKV einfach wieder herzustellen. Die Anwartschaftsversicherung konserviert sozusagen die Rechte und ist für all diejenigen interessant, deren Berufsstatus später ein Beamtenverhältnis ist oder aber im Bereich einer hauptberuflichen Selbständigkeit liegt.

### **1.3 Private Zahnzusatzversicherung**

Aufgrund des immer weiter sinkenden Leistungsniveaus der gesetzlichen Krankenkassen, werden die Zuzahlungen im Zahnersatz immer höher. Ein Implantat kostet heute im Durchschnitt zwischen 1.500 EUR und 3.500 EUR und der Eigenanteil ist schnell im vierstelligen Bereich. Abhilfe schafft hier der Abschluss einer Privaten Zusatzversicherung. Ein ganz wichtiger Punkt darf aber auch hier nicht vergessen werden: Eine Zusatzversicherung schmälert zwar die hohen Kosten für einen Patienten, vielfach bieten die Versicherer jedoch überflüssige Zusatzpolicen für Kassenpatienten an. Extraschutz, den man nicht benötigt und der zudem teuer ist. Normalerweise bezahlt keine Zusatzversicherung alle Leistungen zu 100 Prozent. Hier ist rechnen angesagt. Nur dann bedeutet der Extraschutz eine sinnvolle Ergänzung zu den gesetzlichen Leistungen der Krankenkassen.

#### **1.3.1 Paketangebote oder Regelversorgung**

Zusatzversicherungen sind häufig nur als Paketangebote zu erhalten. Sie bieten neben Leistungen für Zahnersatz auch Leistungen für Sehhilfen, den Heilpraktiker und in der Regel auch einen Auslandsreisekrankenschutz an. Nicht immer handelt es sich um lohnende Angebote. Sollten Sie gezielt nur eine private Zusatzversicherung für Leistungen bei Zahnersatzmaßnahmen abschließen wollen, dann ist das Paketangebot insgesamt zu teuer. Eine spezielle Zahnergänzungsversicherung ist dann die richtige Wahl, sofern auch ein entsprechend teurer Zahnersatz gewünscht wird. Ist das nicht der Fall, dann reicht die Regelversorgung der

gesetzlichen Kassen aus. Auch derjenige, der über ein künstliches Gebiss verfügt, benötigt keinen teuren Zusatzschutz, da die gesetzlichen Kassen die Kosten für Zahnersatz oder Reparaturen beschädigter Prothesen übernehmen. Vielfach bieten die gesetzlichen Kassen auch Zusatzleistungen als Wahltarife an. Diese eignen sich für Personen, die entweder aus Altersgründen oder wegen einer Erkrankung bei einer privaten Kasse abgelehnt wurden. Der Nachteil: Der Kunde bindet sich für drei Jahre an den Tarif und die Kasse. Zudem hat jede Kasse die Möglichkeit, den Wahltarif auch wieder zu streichen. In vielen Fällen sind die privaten Zahnzusatzpolicen undurchsichtig und enthalten grundsätzlich auch keine Kostenübernahme für kosmetische Leistungen (beispielsweise das Bleichen von Zähnen). Wer dennoch eine Zusatzversicherung abschließt, der muss auch bei einer teuren Versorgung stets einen Eigenanteil zahlen. Und auch nur wenige Tarife übernehmen neben den Kosten für Zahnersatz, auch die Kosten für Füllungen, Prophylaxe oder sogar Kieferorthopädie.

### **1.3.2 Verschiedene Varianten an Zusatzversicherungen**

Bei Zusatzversicherungstarifen, die nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, ist der Beitrag abhängig vom jeweiligen Kundeneintrittsalter und seinem Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss. Änderungen der Beiträge sind dann nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders möglich. Gleichzeitig verzichtet die Versicherungsgesellschaft auf die Möglichkeit, die Verträge im Hinblick auf den Leistungsumfang zu ändern bzw. zu kündigen. Der Versicherer sorgt für die Finanzierbarkeit von zukünftigen Versicherungsleistungen, durch Bildung von so genannten Alterungsrückstellungen. Wird die Zusatzversicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, dann erhöhen sich die Beiträge stufenweise aufgrund des zunehmenden Kundenalters. Beitragserhöhungen können auch durchgeführt werden, wenn die Kosten steigen. Alterungsrückstellungen werden nicht gebildet. Der Versicherer hat außerdem die Möglichkeit, seine Leistungen zu kürzen. Selbst eine Vertragskündigung durch den Versicherer hat der Kunde hinzunehmen. Nur für den Fall, dass der Versicherer in seinen Versicherungsbedingungen ausdrücklich auf diese Rechte verzichtet, braucht der Versicherungsnehmer Kürzungen, oder Kündigung nicht hinzunehmen. Interessenten einer privaten Zusatzversicherung sollten grundsätzlich darauf achten, in welcher Höhe sich die Versicherung an den Kosten für Zahnersatz beteiligt. Unter den Begriff Zahnersatz fallen auch Brücken, Kronen, Prothesen, Implantate oder Inlays. Bei den beiden letzteren sind die Leistungen allerdings oftmals deutlich eingeschränkt. Zusatzpolicen werden bei privaten Versicherungsgesellschaften. Die Gesetzlichen Krankenkassen bieten für ihre Mitglieder auch private Zusatzversicherungen an, wobei sie hier als Vermittler auftreten. Vielfach sind die Krankenkassen Kooperationen mit privaten Krankenversicherungen eingegangen und bieten spezielle Tarife an, die gerade im Leistungsbereich dann auch eine zügige Kostenerstattung versprechen. In manchen Fällen sind sie preisgünstiger, als der Original-Tarif, wenn man ihn über seine Krankenkasse bezieht, als direkt beim privaten Versicherungsunternehmen.

### **1.3.3 Rechnen lohnt sich**

Die gesetzlichen Kassen bezahlen sowohl das Auswechseln von Füllungen als auch das Ziehen von Zähnen bzw. Parodontose-Behandlungen. Die Kosten für professionelle Zahnreinigungen übernehmen hingegen private Versicherer. Für bereits laufende Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Eine Behandlung gilt im Übrigen bereits dann als begonnen, wenn der Zahnarzt einem Patienten mitteilt, dass etwas getan werden muss. In diesem Falle ist die private Versicherung von allen Leistungen befreit. Zu beachten gilt außerdem, dass die privaten Krankenversicherer eine Wartezeit zwischen sechs und acht Monaten festlegen. Innerhalb dieser Zeit erhalten Versicherte keine Leistung. Zu Beginn des Versicherungsverhältnisses ist der Umfang der jährlichen Gesamterstattung begrenzt. Sogenannte Zahnklauseln oder -Staffeln, gelten je nach Anbieter zwischen zwei und sechs Jahren. Zusatzversicherungen können grundsätzlich mit einer Frist von drei Monaten – jeweils zum Ende eines Versicherungsjahres – wieder gekündigt werden. Sie sollten besonders auf die Formulierung des Leistungsumfanges der jeweiligen Versicherungsgesellschaft achten, denn wenn der angebotene Tarif sich lediglich auf 100 Prozent des Kassen-Festzuschusses bezieht, kann die Leistung insgesamt geringer sein, als bei einem Tarif, der 50 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages übernimmt!

Geringverdiener haben zudem die Möglichkeit, bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Härtefallregelung zu stellen. Dabei darf das monatliche Bruttoeinkommen die Einkommensgrenze von 1.022,00 Euro für Alleinstehende (1.405,25 Euro für Verheiratete, 255,50 Euro für jeden weiteren Angehörigen) nicht übersteigen. Wer unter dieser Grenze bleibt, hat einen rechtlichen Anspruch auf den doppelten Festzuschuss bei der Regelversorgung. Die Kosten müssen selbst für den Fall übernommen werden, wenn die Kosten des Zahnersatzes diesen Zuschuss überschreiten. Zuschüsse müssen auch dann gewährt werden, wenn das Einkommen nur geringfügig die Einkommensgrenzen überschreitet.

## **1.4 Private Zusatzversicherung**

Kassenpatienten können sich den Arzt, der sie im Krankenhaus behandelt nicht auszusuchen. Sie werden vom diensttuenden medizinischen Personal versorgt. Im ambulanten Bereich gilt das gleichermaßen. Einen Anspruch auf Behandlungen durch Heilpraktiker besteht nicht. In manchen Fällen erhalten gesetzlich Versicherte einen geringen Zuschuss. Wer auf diese Leistungen nicht verzichten möchte, kann durch ambulante Zusatzversicherungen seinen gesetzlichen Leistungsumfang erweitern. Private Zusatzversicherungen gibt es für die ambulante Behandlung beim Arzt. Hier können beispielsweise Heilmittel wie Massagen etc., Heilpraktiker, Alternativmedizin sowie Leistungen für ambulante Kuren und Psychotherapie abgesichert werden. Wer den Leistungsumfang im Krankenhaus steigern möchte, der wählt eine stationäre Zusatzversicherung mit privatärztlicher Behandlung und Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer. Außerdem ist eine freie Wahl des Krankenhauses möglich. Eventuell entstehende Mehrkosten sind durch die Zusatzversicherung abgedeckt.

### **1.4.1 Zusatzversicherungen kontra Ergänzungstarife**

Bei Zusatzversicherungen handelt es sich in der Regel um Tarife, die unterschiedliche Leistungen aus verschiedenen Bereichen bieten. Beispielsweise gibt es ambulante Zusatzversicherungen, die Erstattung von Heilpraktikerleistungen, Zuschüsse zu Sehhilfen und Zahnersatz vorsehen, sowie eine Auslandsreiseversicherung beinhalten. Im Gegensatz dazu bieten Ergänzungstarife normalerweise nur eine Leistung gezielt an, wie zum Beispiel die Zahnergänzungsversicherung. Sie ist speziell für Zahnersatzmaßnahmen und hat darüber hinaus keine weiteren Leistungsmerkmale. Dafür ist die Leistung im Regelfall prozentual höher, als das beim Kombipaket der Zusatzversicherung der Fall ist. Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse kann man durch den Abschluss verschiedener Zusatzversicherungen und Ergänzungstarife seinen Leistungsumfang auf ein Niveau steigern, das ansonsten nur Patienten einer privaten Krankenversicherung genießen.

### **1.4.2 Ansprüche sichern**

Gemäß Sozialgesetzbuch V sind Arbeitgeber verpflichtet, auch für die Mitglieder einer privaten Krankenzusatzversicherung Beiträge bis zu 50 Prozent zu übernehmen (maximal jedoch die Hälfte des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung). Der Arbeitgeber beteiligt sich auf diese Weise auch an den Leistungen wie privatärztliche Behandlungen, Pflegekrankenversicherungen, Kurkosten sowie der Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer. Mit Hilfe einer Anwartschaftsversicherung wird sichergestellt, dass der Krankenversicherungsschutz nach einer Pause ohne Probleme wieder zu normalen Bedingungen umgestellt werden kann. Ursachen für eine Unterbrechung können sowohl eine längere Krankheit als auch eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht sein.

**Hinweis:** Auch Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherungen können in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden. Hierdurch erwirbt die versicherte Person das Recht, ohne eine erneute Gesundheitsprüfung wieder einzusteigen. Im Leistungsbereich gibt es erhebliche Unterschiede bei den einzelnen Versicherern. Achten Sie bei Vergleichen darauf, ob die Leistungen auf Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Heilpraktiker (GebüH) begrenzt sind und ob der jeweilige Tarif auch bei ambulanten Kuren Leistungen vorsieht.

## **1.5 Die Auslandsrankenversicherung**

Zwar erhalten Versicherte in allen EU-Staaten zumindest im ambulanten Bereich eine Grundversorgung auf Kassenkosten (EuGH, Az. C 385/99). Deutsche Sozialversicherungen müssen sogar Teile der Krankenhauskosten übernehmen, wenn ein spezielles Sozialversicherungsabkommen besteht (BSG, Az. B 1 KR 18/06). Einen Rundumschutz bieten die gesamten Verträge allerdings nicht! Inzwischen ist es die Regel, dass Ärzte im Ausland deutsche Touristen nur behandeln, wenn die Rechnung bar bezahlt wird. Wer aus medizinischen Gründen nach Deutschland zurück transportiert werden muss, der steht mit den Kosten alleine da, denn den gesetzlichen Krankenkassen ist es untersagt Kosten dieser Art zu übernehmen (BSG, Az. B 1 Kr 1/98). Außerhalb Europas bzw. in den Ländern, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen bestehen, übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung gar keine Kosten für ihre Mitglieder.

Eine Auslandsrankenversicherung für Urlaubsreisen besitzt in aller Regel eine Gültigkeit von 42 Tagen. Sollte das nicht ausreichend sein, gibt es darüber hinaus auch Angebote mit einer Reisedauer von bis zu 92 Tagen. Ist auch das noch zu kurz, dann ist der Abschluss einer langfristigen Auslandsrankenversicherung angeraten. Keinesfalls sollte man die Verträge miteinander kombinieren. Sollten sich das Versicherungsende der kurzfristigen Auslandsreisekrankenversicherung und der Beginn der langfristigen Auslandsrankenversicherung bei einem eventuellen Leistungsfall überschneiden, dann werden die Kosten der laufenden Behandlung nicht übernommen. Sie wird in diesem Fall als Vorerkrankung gesehen und ist dadurch von Versicherungsschutz ausgeschlossen. Wer einen langfristigen Aufenthalt im Ausland plant, sollte auf eine kurzfristige Kündigungsmöglichkeit und auf eine monatliche Beitragszahlung achten.

### **1.5.1 Richtiges Preis-/Leistungsverhältnis**

Auslandsreisekrankenversicherungen sind als Jahresvertrag für eine Einzelperson bereits ab zwischen 5,00 und 25,00 Euro zu haben, Familien erhalten Versicherungsschutz ab zwischen 15,00 und 40,00 Euro. Diese Versicherungen garantieren allerdings nur den Schutz, wenn dieser nicht länger als sechs Wochen dauert. Manche Versicherer heben sich von der Masse ab und bieten günstige Tarife für Reisen bis zu 10 Wochen oder drei Monaten an. Die Jahresverträge haben einen Vorteil: Sie verlängern sich automatisch um ein weiteres Jahr, sofern der Kunde nicht kündigt. Auf diese Weise ist man automatisch bei jeder Auslandsreise versichert. Übrigens: Der Versicherungsschutz gilt für jede Auslandsreise bis zu einer Dauer von sechs Wochen. Auch dann wenn Sie nach Ablauf der sechs Wochen nachhause zurückkehren und bereits einige Tage später zu einer weiteren Auslandsreise aufbrechen. Maximale Dauer sind sechs Wochen, aber Sie können sie sooft Sie wollen im Jahr nutzen. Wer hingegen plant, länger als 42 Tage ununterbrochen unterwegs zu sein, sollte sich für einen Einzelvertrag entscheiden. Dieser sollte dann auch auf Langzeitreisen zugeschnitten sein.

## **1.6 Das Krankentagegeld - volles Krankengeld auch nach 6 Wochen**

Das Krankengeld ist eine gesetzlich vorgeschriebene Regelleistung, die Zahlung erfolgt durch die gesetzliche Krankenversicherung im Falle einer Arbeitsunfähigkeit. Anspruch entsteht, wenn die

Arbeitsunfähigkeit durch Erkrankung eintritt. Dieser Anspruch besteht für Arbeitnehmer und Selbständige gleichermaßen. Allerdings müssen Selbständige durch einen Steuerberater bestätigen lassen, dass sie durch die Arbeitsunfähigkeit einen Einkommensverlust haben. Der Anspruch auf Krankengeld entsteht entweder ab dem ersten Tag einer stationären Behandlung oder der ärztlichen Krankschreibung.

Krankengeld fällt unter die sog. Lohnersatzleistungen und wird bei Arbeitnehmern nach dem Wegfall des regulären Einkommens nach 6 Wochen fällig. Das gilt auch für Bezieher von Arbeitslosengeld. Die gesetzliche Krankenkasse zahlt Krankengeld maximal bis zum gesetzlichen Höchstsatz von 87,50 Euro (Stand 2010, dieser Satz entspricht 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze, das heißt 45.000,00 Euro pro Jahr, geteilt durch 360 Tage). Bei Selbständigen richtet sich der Beginn der Leistung nach der Satzung der Krankenkasse. Der Beitrag von freiwillig versicherten Selbständigen, die auf einen Krankengeldanspruch verzichten liegt mit derzeit 14,3 Prozent um 0,6 Prozentpunkte niedriger, als bei Selbständigen, mit einem Anspruch auf Krankengeld. Der Verdienstausschlag lässt sich leicht durch eine so genannte Krankentagegeldversicherung absichern. Wer im Augenblick arbeitslos ist, erhält Krankengeld in Höhe des Arbeitslosengeldes.

Das Krankengeld selbst wird stets nach dem Einkommen vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit berechnet und beträgt 70 Prozent des letzten monatlichen Bruttolohnes, höchstens jedoch 90 Prozent des letzten vollen monatlichen Nettoeinkommens. Einmalzahlungen und regelmäßige Überstunden in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit wirken sich positiv auf die Höhe des Krankengeldes aus. Aus dem Krankengeld müssen Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung entrichtet werden. In der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht während des Bezuges von Krankengeld Beitragsfreiheit. Als Berechnungsgrundlage für das Krankengeld gilt zwar der Kalendertag; ein voller Kalendermonat ist jedoch begrenzt auf 30 Tage (egal, wie viel Tage der Monat hat).

### **1.6.1 Vorsorge durch privates Krankentagegeld**

Wer nach der gesetzlichen Lohnfortzahlung von 6 Wochen sein Einkommen zu 100 Prozent abgesichert haben möchte, kann das mit einer privaten Krankentagegeldversicherung erreichen. Einen individuellen Direktvergleich bieten wir Ihnen auf unserer Webseite unter

[www.arbeitsgemeinschaft-finanzen.de/krankenzusatzversicherung.php](http://www.arbeitsgemeinschaft-finanzen.de/krankenzusatzversicherung.php)

an. Informationen rund um die private Krankenversicherung finden Interessierte unter

[www.arbeitsgemeinschaft-finanzen.de/private-krankenversicherung.php](http://www.arbeitsgemeinschaft-finanzen.de/private-krankenversicherung.php)

Mit dieser sinnvollen Absicherung sorgen Berufstätige, finanzielle Engpässe zu vermeiden, denn das Krankengeld, das gesetzlich Versicherte nach 6 Wochen erhalten, liegt deutlich unter ihrem normalen Nettogehalt. Wer dennoch während seiner Krankheit nicht auf sein volles Einkommen verzichten kann bzw. möchte, schließt diese finanzielle Lücke durch eine private Krankentagegeldversicherung. Dies gilt insbesondere für Versicherte, deren Verdienst über der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Da die Höhe des Krankengeldes aus dem Einkommen eines Versicherten bis zu dieser Grenze berücksichtigt wird, reicht die Leistung der gesetzlichen Krankenkasse bei weitem nicht mehr aus. Das private Krankentagegeld hingegen gleicht diese Einkommenslücke nach Wegfall der Lohnfortzahlung entsprechend aus. Krankentagegeld kann entweder ab dem 4., 8., 15. oder 22. Tag bezahlt oder aber als zweites Krankentagegeld kombiniert werden, bspw. 100,00 Euro ab dem 15. Tag, weitere 50,00 Euro ab dem 22. Tag usw. Versicherungsnehmer sollten dabei aber unbedingt das Bereicherungsverbot im Auge behalten, denn das Einkommen eines Arbeitnehmers darf im Falle einer Krankheit nicht höher sein, als sein im Beruf erzieltetes Arbeitseinkommen.

## 1.6.2 Sinnvolle Zusatzversicherung

Unfälle oder Herzinfarkte führen heute schnell zu drei Wochen Krankenhausaufenthalt, die sich daran anschließende Rehabilitationsmaßnahme erweitert den Zeitraum um weitere 4 bis 6 Wochen. Parallel aber laufen alle Zahlungsverpflichtungen wie Miete, Kredite, Versicherungen, etc. weiter. Daher eignet sich ein zusätzliches privates Krankentagegeld nicht nur für Selbständige oder Freiberufler, sondern auch für gut verdienende Arbeitnehmer. Denn die Einkommenslücke fällt im Krankheitsfall umso größer aus, je weiter das Gehalt eines Arbeitnehmers über der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Wer als Arbeitnehmer eine schwere Krankheit finanziell unbeschadet überstehen will, sollte nach Ende der Lohnfortzahlung (also in der Regel ab der siebten Kalenderwoche) rund 70,00 Euro an privatem Krankentagegeld zusätzlich versichern, wenn er vorher pro Kalendertag umgerechnet 150,00 Euro verdient hatte.

## 1.6.3 Sinnvolle Zusatzversicherung

Eine private Absicherung ist alleine auch deshalb sinnvoll, da die gesetzlichen Kassen ihre Versicherten auch aussteuern können. Was bedeutet: Sollte innerhalb einer Frist von drei Jahren eine längere Arbeitsunfähigkeit infolge von ein und dieselben Erkrankung vorliegen, dann wird das gesetzliche Krankengeld für maximal 78 Wochen bezahlt. Die privaten Krankenversicherer hingegen, kennen weder die Aussteuerung im Sinne der gesetzlichen Kassen noch wird die Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit begrenzt. Die Beiträge der einzelnen Versicherer sind sehr unterschiedlich. Anhand eines Beispiels können Sie auch Ihre Versorgungslücke berechnen:

Nettoeinkommen (angenommen)	Krankengeld ab der 7. Woche	Abzügl. Sozialversiche- rungsbeiträge 13,85%	Tatsächliche Höhe des Krankengeldes	Lücke
1.600,00 EUR	1.400,00 EUR	194,00 EUR	1.206,00 EUR	394 EUR

## 1.7 Härtefallregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Zuzahlungen maximal bis zu der vom Einkommen abhängigen Belastungsgrenze zu leisten (§§ 55, 61, 62 Sozialgesetzbuch V). Wer diese Grenze erreicht hat, wird für den Rest des Kalenderjahres von allen Zuzahlungen befreit. Für Zahnersatz gelten besondere Härtefallgrenzen (Belastungsgrenzen). Grundsätzlich gilt: Die Belastungsgrenze bestimmt, bis zu welcher Höhe Zuzahlungen von gesetzlich Krankenversicherten pro Kalenderjahr zu leisten sind. Übersteigen die Zuzahlungen diese Grenze, so haben Versicherte für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten. Die Belastungsgrenze beträgt zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen des Familienhaushalts abzüglich bestimmter Freibeträge für Ehegatten/Lebenspartner und Kinder (2010 sind das für den ersten Angehörigen, in der Regel der Ehegatte bzw. Lebenspartner 4.599,00 Euro und für jedes berücksichtigungsfähige Kind grundsätzlich 7.008,00 Euro). Bei der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern spielt das Alter des Kindes und der Versicherungsstatus (z. B. bestehende Familienversicherung) eine Rolle.

### 1.7.1 Belastungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze gilt auch für Empfänger von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) sowie von Fürsorgeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) und der Kriegsopferfürsorge. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von Zuzahlungen befreit. Für das Erreichen der Belastungsgrenze werden alle Zuzahlungen berücksichtigt. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nicht überschreiten.

Eine Grenze von 1% der Bruttoeinnahmen gilt für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind. Die weitere Behandlungsbedürftigkeit

derselben schwerwiegenden Erkrankung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres nachzuweisen. Eine Bescheinigung darf der Arzt nur ausstellen, wenn er ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten feststellt. Um die verminderte Belastungsgrenze in Anspruch zu nehmen zu können, ist von jüngeren Versicherten künftig die regel-mäßige Teilnahme an den für sie empfohlenen Gesundheitsuntersuchungen nachzuweisen. So weit der Nachweis nicht erbracht wird, kann in diesen Fällen bei Teilnahme an einem geeigneten strukturierten Behandlungsprogramm die Belastungsgrenze wieder auf 1 % gesenkt werden.

Zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zählen sämtliche Einkünfte, die der Versicherte und seine mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen erzielen. Die jährlichen Familienbruttoeinnahmen verringern sich für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (z.B. Ehepartner) um einen Freibetrag von 15 % der jährlichen Bezugsgröße (2010: 4.599,00 EUR) und für jeden weiteren Angehörigen um 10 % der jährlichen Bezugsgröße (2009: 3.066,00 EUR). Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners ist (anstelle des Freibetrags von 10 %) ein Kinderfreibetrag von 7.008,00 EUR (Wert ab 01.01.2010) abzusetzen. Bei bestimmten Personengruppen (z.B. Beziehern von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII) ist als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft lediglich der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze heranzuziehen. Wird die Belastungsgrenze während des Kalenderjahres erreicht, stellt die Krankenkasse auf Antrag des Versicherten eine Bescheinigung aus, dass er von weiteren Zuzahlungen im Kalenderjahr befreit ist. Dazu muss der Versicherte seiner Krankenkasse gegenüber zum einen die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen offen legen. Zum anderen muss er die Quittungen einreichen, die seine bisher geleisteten Zuzahlungen belegen. Versicherte, die Zuzahlungen geleistet haben, die ihre Belastungsgrenze übersteigen, haben Anspruch auf Erstattung der überzahlten Beträge gegen ihre Krankenkasse.

Nach der Umstellung der Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung) zum 01.01.2005 auf ein befundorientiertes Festzuschuss-System werden Befreiungen von der Zuzahlung auf Basis der neuen Festzuschuss-Regelung vorgenommen. Versicherte haben in Fällen einer unzumutbaren Belastung Anspruch auf die doppelten Festzuschüsse und damit auf eine vollständige Übernahme der Kosten der jeweiligen Regelversorgung. Unzumutbar belastet sind Versicherte, wenn ihre monatlichen Bruttoeinnahmen (einschl. der Einnahmen aller im gemeinsamen Haushalt lebender Angehörigen, auch der Angehörigen des Lebenspartners) zum Lebensunterhalt 40 % der Bezugsgröße nicht überschreiten (2010: 1.022,00 EUR). Dieser Betrag erhöht sich für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (auch des Lebenspartners) um 15% (2010: 383,25 EUR), für jeden weiteren Angehörigen um 10% (2010: 255,50 EUR). Eine unzumutbare Belastung liegt unter anderem auch vor, wenn der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) oder Ausbildungsförderung erhält oder wenn die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Unabhängig davon wird die maximale Zuzahlung bei der Versorgung mit Zahnersatz auf das Dreifache des Betrages begrenzt, um den monatlich die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt die für die vollständige Befreiung geltende Einnahmegrenze überschreiten. Je nach Einkommenslage erhalten Versicherte maximal einen Betrag bis zur Grenze des doppelten Festzuschusses (§§ 55, 61, 62 Fünftes Sozialgesetzbuch).

## 2. Die Private Krankenversicherung

Durch die Gesundheitsreform von 2007, die für auch für einen Anstieg der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sorgt, sollte auch der Wechsel des Anbieters innerhalb der Privaten Krankenversicherung (PKV) erleichtert werden, indem man die Übertragbarkeit von Altersrückstellung einführte. Angesichts der hohen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung stellt ein Wechsel in die PKV in vielen Fällen eine hohe Ersparnis dar. Da in der PKV die Beiträge unabhängig vom Einkommen berechnet werden, kommt es bei der Gesamtbelastung oftmals zu deutlichen Beitragssenkungen. Eine Voraussetzung für einen Wechsel von GKV zu PKV ist das Jahreseinkommen, das mindestens 49.950,00 EUR betragen muss, da die Versicherungspflichtgrenze überschritten werden muss. Wer sich für die PKV entscheidet, sollte sich nicht nur seiner Vorteile, sondern auch aller Nachteile und Risiken bewusst sein. Jungen Menschen haben enorme Beitragsvorteile, je älter man bei Eintritt in die PPKV ist, desto höher ist der Beitrag. Um auch in Zukunft alle Versicherungsleistungen erbringen zu können, bilden die privaten Krankenversicherer so genannte Altersrückstellungen. Sie sind Bestandteil des zu zahlenden Beitrags.

### 2.1 Die Richtige Zielgruppe

Versicherte mit Kindern oder diejenigen, die Kinder sich zu einem späteren Zeitpunkt wünschen, müssen folgendes wissen: Während minderjährige Kinder in der GKV im Rahmen der Familienversicherung bei den Eltern beitragsfrei mitversichert sind, wird in der PKV für jedes einzelne Kind ein Beitrag erhoben. Hier ist rechnen angesagt, denn wer erst einmal privat versichert ist, für den ist eine Rückkehr in die GKV nur sehr schwer möglich. Eine medizinische Grundversorgung ist hingegen für alle gesichert – denn seit dem 1.1.2009 gibt es den so genannten Basistarif. Dieser ist vergleichbar mit dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Eintrittsberechtigt in diesen Tarif sind Versicherte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben. Zudem spielt es auch keine Rolle, ob bereits Vorerkrankungen vorliegen.

**Anmerkung:** Auch im Rentenalter müssen Beiträge zur Krankenversicherung bezahlt werden, unabhängig davon, ob man Mitglied der GKV oder privat versichert in der PKV ist. Bereits seit Mitte der 80er Jahren sind gesetzlich versicherte Rentner beitragspflichtig und bezahlen die Hälfte des Krankenkassenbeitrags.

Wer sich für die PKV entscheidet, muss wissen, dass sich die Höhe der Beiträge u.a. nach dem Gesundheitszustand, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter des Versicherten richtet. Wer gesund ist und nur selten krank, für den rentiert sich die PKV in jedem Fall. Obwohl die Beiträge in der PKV deutlich niedriger sind, als in der GKV, ist der Leistungsumfang deutlich höher. Wichtig sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem PKV-Vertrag zugrunde gelegt werden. Hierbei muss darauf geachtet werden, welche Leistungen im Einzelnen im Versicherungsumfang einbezogen werden. Die Leistungen der PKV sollten auf den jeweiligen Versicherten und seinen Ansprüchen zugeschnitten sein.

### 2.2 Nicht zu unterschätzen: Der Gesundheitszustand

Wer sich in der PKV versichern will, muss zahlreiche Gesundheitsangaben wahrheitsgemäß beantworten. Ansonsten muss man mit schwerwiegenden Konsequenzen rechnen. Menschen mit gesundheitlichen Problemen, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Depression oder Suchterkrankungen, werden nur schwer in der PKV unterkommen. Normalerweise werden sie bereits im Vorfeld abgelehnt. Wer dennoch Zutritt findet, muss mit hohen Risikozuschlägen rechnen. Interessenten unter 40 Jahren mit einem guten Gesundheitszustand können im Gegensatz zur GKV in der PKV bis zu 2.000,00 Euro jährlich sparen. Wer in der PKV über einen Zeitraum von 12 Monaten überhaupt nicht zum Arzt musste, wird zudem mit der Rückerstattung von Beiträgen belohnt. Die Ersparnis umfasst

teilweise mehrere Monatsbeiträge. Eine PKV lohnt sich deshalb für angestellte und selbständige Singles, für kinderlose Doppelverdiener-Ehepaare, für Beamte mit staatlicher Beihilfe (abhängig von der Zahl der mit zu versichernden Personen), für Familien mit nur einem Kind, für allein versicherte Studenten ab 30 Jahren bzw. ab dem 15. Semester (sofern das Studium bis zum 34. Lebensjahr abgeschlossen wird). Finanziell lohnt sich ein Wechsel nicht für Familien mit zwei oder mehr Kindern und nur einem Verdiener.

### **2.3 Wichtige Details bei der PKV**

**Beteiligung des Arbeitgebers:** Der Arbeitgeber übernimmt grundsätzlich die Hälfte der Monatsprämie für die Krankenversicherung einschließlich der Tagegelder. Allerdings ist der Arbeitgeber nicht verpflichtet, mehr zu zahlen als die Hälfte des Höchstbeitrages der örtlichen AOK. Gesetzlich Versicherte, die private Zusatz- oder Ergänzungspolice vereinbaren, bekommen dafür keinen Zuschuss vom Arbeitgeber. Bei Familien beteiligt sich der Arbeitgeber auch an den Prämien für die privaten Polices des nicht berufstätigen Ehepartners und der Kinder.

**Die Auswahl der Gesellschaft:** Den passenden Schutz finden Interessenten nur, wenn sie Angebote mehrerer Versicherer vergleichen. Ein Vergleich lohnt sich auch dann, wenn eine Gesellschaft bereits zwei oder drei Tarifwerke zur Auswahl stellt. Außerdem gilt: Versicherer mit günstigen Polices für Männer haben nicht immer auch das preiswerteste Angebot für Frauen oder Kinder. Gesellschaften, die bei der Vollversicherung auf den ersten Plätzen rangieren, können bei den Zusatzversicherungen manchmal schlechter abschneiden. Tipp: Nicht grundsätzlich alle Familienmitglieder bei einer Gesellschaft versichern. Probeanträge stellen.

**Die Selbstbeteiligung:** Versicherte, die sich an den Kosten für die ambulante Heilbehandlung beteiligen, zahlen niedrigere Prämien. Einige Gesellschaften bieten auch eine gemeinsame Selbstbeteiligung für die ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung an. Der Selbstbehalt wird nicht pro Behandlung, sondern nur einmal im Jahr auf die gesamten Behandlungskosten berechnet. Bei Tarifen mit prozentualem Selbstbehalt sollte daher darauf geachtet werden, dass sie auf einen Höchstbetrag begrenzt ist. Für Arbeitnehmer lohnt sich der Selbstbehalt vor allem dann, wenn sich der Arbeitgeber daran beteiligt. Arbeitgeber können bis zu 500,00 EUR pro Jahr als Beihilfe für Krankheitskosten steuerlich geltend machen. Deshalb lohnt sich hier ein Nachfragen, ob der Arbeitgeber bereit ist, zumindest einen Teil vom Selbstbehalt zu übernehmen.

**Optimaler Selbstbehalt:** Werden Leistungen in Anspruch genommen, kann ein Tarif mit Selbstbehalt trotz Beitragsersparnis unterm Strich teurer sein als ein Angebot ohne Selbstbeteiligung. Um solche Überraschungen auszuschließen, sollten Interessenten den optimalen Selbstbehalt bestimmen. Dazu wird der Selbstbehalt durch zwölf geteilt und zur eigenen monatlichen Beitragszahlung addiert. Die Summe lässt sich dann mit der Prämie eines anderen Tarifes, der keine oder eine andere Höhe der Selbstbeteiligung vorsieht, vergleichen. Tipp: Beim Versicherungsvergleich Selbstbehalt und Arbeitgeberzuschuss berücksichtigen.

**Das Krankenhaustagegeld:** Privat Krankenversicherte, die im Krankenhaus behandelt werden, können über das Tagegeld zusätzliche Kosten, zum Beispiel für eine Haushaltshilfe, absichern. Zusätzliche Ausgaben lassen sich aber auch über das Krankentagegeld bezahlen. Tipp: Für den Notfall selbst oder über Krankentagegeld vorsorgen.

**Das Krankentagegeld:** Arbeitnehmer können ein Tagegeld nach Ende der Lohnfortzahlung vereinbaren, Selbständige schon vom vierten Tag der Krankheit an. Das Krankentagegeld darf nicht höher sein als der Nettoverdienst plus Abgaben für die gesetzliche Rentenversicherung. Im Antrag sollten die Sozialabgaben extra aufgeführt werden, damit sich der Versicherer im Schadensfall nicht auf das Bereicherungsverbot beruft und die Zahlung kürzt. Je später die Zahlung beginnt, desto günstiger ist der Beitrag. Deshalb lohnt es sich vor allem für Selbständige, Karenzzeiten bis zum Beginn der Zahlungen zu vereinbaren. Günstig ist auch, die Zahlungen zu staffeln, also für die ersten Wochen nur einen niedrigen Betrag zu vereinbaren. Kein Krankentagegeld gibt es in der Regel bei Schwangerschaften. Einige Versicherer leisten dafür

aber bei Entziehungskuren. Tipp: Auf Ausschluss von Leistungen achten, Zahlungen staffeln oder erst möglichst spät beginnen lassen.

**Die Erhöhung des Krankentagegeldes:** Nach einer Gehaltserhöhung ist es sinnvoll, das Krankentagegeld an das gestiegene Einkommen anzupassen. Bei einigen Versicherern ist eine Anpassung problemlos bis zu zwei Monaten nach der Gehaltserhöhung ohne Gesundheitsprüfung möglich. Häufig verlangen die Versicherer eine Risikoprüfung und nehmen einen Risikozuschlag, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat. Es lohnt sich aber nicht, Vollversicherung und Krankentagegeld bei zwei Gesellschaften abzuschließen. Denn die Krankentagegeldversicherer verzichten nur dann auf ihr ordentliches Kündigungsrecht in den ersten drei Jahren, wenn gleichzeitig eine Vollversicherung bei der Gesellschaft besteht. Daher Fristen beachten.

**Die Wartezeiten:** Hat die Gesellschaft den Antrag auf Versicherung angenommen, müssen Versicherte meist noch drei Monate warten, bevor sie Leistungen in Anspruch nehmen können. Für Behandlungen beim Zahnarzt oder Kieferorthopäden sowie für Zahnersatz, Entbindungen und Psychotherapie dauert die Wartezeit acht Monate. Gesetzlich Versicherte, die zur privaten Krankenversicherung wechseln, können sich die Versicherungszeiten anrechnen lassen. Gleiches gilt normalerweise inzwischen auch für den Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung. Manche Versicherer bilden hier eine Ausnahme und verzichten nur auf die Wartezeiten, wenn ein medizinischer Untersuchungsbericht vorgelegt wird, deren Kosten der Antragsteller zu tragen hat. Grundsätzlich keine Wartezeit gibt es bei unfallbedingten Behandlungen.

**Die Kostenerstattung:** Die Krankenversicherer übernehmen die Kosten für ambulante Behandlungen, die von einem niedergelassenen Arzt, einem zugelassenen Heilpraktiker oder Therapeuten durchgeführt werden. Krankenhäuser müssen bestimmten Voraussetzungen genügen, also z. B. unter ständiger ärztlicher Leistung stehen und Krankengeschichten führen. Krankenhäuser, die neben der stationären Behandlung auch Kuren oder Sanatoriumsaufenthalte anbieten, nennt man gemischte Krankenanstalten. PKV-Versicherte sollten sich vorher bei ihrer Gesellschaft eine Leistungszusage einholen. Rechnungen von Kliniken und Instituten, die als GmbH firmieren, sowie von Ärzten, die bei einer GmbH angestellt sind, bezahlen die Versicherer häufig nicht. Im Zweifel vor der Behandlung beim Versicherer nachfragen.

**Der Heil- und Kostenplan:** Viele Versicherer verlangen bei Zahnersatzmaßnahmen einen Kostenvoranschlag. Versicherte sollten sich daher vom Zahnarzt vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan erstellen lassen und ihn beim Versicherer einreichen, sonst kann eine Leistungskürzung erfolgen. Der Heil- und Kostenplan eignet sich auch, um verbleibende Eigenanteile zu ersehen, die bei Zahnersatzmaßnahmen ergeben.

**Bei Arbeitslosigkeit:** Privat Versicherte werden bei Arbeitslosigkeit automatisch gesetzlich krankenversichert. Voraussetzung: Es besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld. Wer ein halbes Jahr gesetzlich versichert war, kann in der Krankenkasse bleiben oder zur privaten Versicherung zurückkehren. Der Vertrag bei der privaten Krankenversicherung kann während der Arbeitslosigkeit bis zu zwei Jahren beitragsfrei ruhen, die bis dahin angesparte Alterungsrückstellung bleibt erhalten. Tipp: Anwartschaftsversicherungen abschließen, um höhere Beiträge und eine erneute Gesundheitsprüfung bei der Rückkehr zu vermeiden.

**Streitschlichtungen:** Bei Streit mit den Gesellschaften hilft die BaFin, Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Postfach 1253, 53002 Bonn).

**Beispielfall aus der Praxis:** Verstirbt ein Privatpatient, bevor er seine Arztrechnung bezahlt hat, kann der Arzt nicht einfach sein Honorar vom Ehegatten fordern (OLG Köln, Az. 27 U 110/91).

### 3. Die Pflegeversicherung

Auch in Zukunft wird das Geld für Pflegebedürftige nicht mehr ausreichen. Daher empfiehlt sich die private Absicherung. Kunden haben dabei vier Modelle zur Auswahl: die Berufsunfähigkeitsversicherung, die Pflegerentenversicherung, die Pfl egetagegeldversicherung oder die Pflegekostenversicherung. Die Berufsunfähigkeitsversicherung zahlt nicht nur bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, sondern auch bei Pflegebedürftigkeit eine Rente. Wer eine solche Police für eine entsprechend hohe Rentenzahlung abgeschlossen hat, benötigt während des Berufslebens keine zusätzliche Versicherung für den Pflegefall. Anders liegt die Sache bei der Pflegebedürftigkeit im Alter: Wenn die Berufsunfähigkeitspolice abgelaufen ist, muss das Geld für die Pflege wieder aus anderen Quellen fließen. Das ist dann spätestens mit Beginn der Altersrente der Fall.

#### 3.1 Vorsorge treffen mit der Pflegerentenversicherung

Eine von drei Möglichkeiten, sich gegen das Pflegerisiko zu versichern, ist die Pflegerentenversicherung. Hierbei gibt es allerdings einiges zu beachten: die vereinbarte Pflegerente fließt nie sofort und außerdem nicht in voller Höhe. Ein halbes Jahr muss der Versicherte schon pflegebedürftig gewesen sein, erst dann beginnt die Rente zu laufen. Im Pflegefall muss der Versicherungsnehmer jedoch keine Beiträge mehr zahlen. Maßgeblich für die Höhe der Rente ist der Grad der Pflegebedürftigkeit. Diesen ermitteln die Versicherer nach einem Punktekatalog. Jeweils einen Punkt gibt es, wenn jemand nach einem ärztlichen Befund für folgende Tätigkeiten ständig fremde Hilfe braucht: [1] Aufstehen und Zubettgehen, [2] An- und Ausziehen, [3] Waschen, Kämmen und Rasieren, [4] Essen und Trinken, [5] Stuhlgang sowie [6] Wasserlassen. Drei Punkte müssen gegeben sein, damit der Patient 40 Prozent der Rente bekommt. Bis fünf Punkte gibt es 70 Prozent, und erst bei sechs Punkten fließt die volle Rente. Dabei spielt es keine Rolle, wo und durch wen der Versicherte gepflegt wird. Verbessert oder verschlechtert sich der Zustand des Pflegebedürftigen dauerhaft, so wirkt sich das auch entsprechend auf die Rentenhöhe aus. Die Versicherung zahlt nicht während einer stationären Heilbehandlung. Ebenfalls gibt es keine Rente bei einer Pflege im Ausland, die länger als drei Monate dauert, sofern nichts anderes mit dem Versicherer vereinbart ist.

Geld von der Versicherung gibt es allerdings nicht nur bei Pflegebedürftigkeit. Denn schließlich ist die Pflegerentenpolice auch eine Art private Rentenversicherung. Das heißt, der Kunde bekommt auf jeden Fall eine Altersrente, wenn er eine bestimmte Altersgrenze erreicht, in der Regel das 65. Lebensjahr. Außerdem zahlt die Assekuranz, wenn die versicherte Person stirbt. Die Erben erhalten dann je nach Versicherer zwei bis drei Jahresrenten. Bereits ausgezahlte Renten werden von dieser Leistung aber abgezogen. Diese Kombination aus Pflegerente, Todesfallvorsorge und Sparvertrag verteuert die Police unnötig. Um Rücklagen für das hohe Alter zu bilden, ist sie ungeeignet und der obligatorische Todesfallschutz ist ohnehin überflüssig. Wer ihn wirklich braucht, besorgt ihn sich besser pur über eine Risikolebensversicherung. Zudem kann der Kunde sich gegen das Pflegerisiko versichern, ohne damit automatisch eine verkappte Kapitalversicherung mit kaufen zu müssen.

#### 3.2 Vorteilhafter: Die Pfl egetagegeldversicherung

Eine weitere Möglichkeit ist die Pfl egetagegeldversicherung. Wie bei der Pflegerentenversicherung müssen Pflegebedürftige sich gedulden, bevor die Versicherung die Rente zahlt. In den ersten drei Jahren nach Abschluss der Police besteht kein Anspruch auf Leistungen, es sei denn, der Versicherte wird durch einen Unfall pflegebedürftig. Außerdem erfolgt die Zahlung erst nach einer Karenzzeit von 91 Tagen, nachdem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt ist. Zusätzlich kommt es bei vielen Anbietern auf den Grad der Pflegebedürftigkeit an. Die Mehrzahl der Unternehmen unterscheidet vier Pflegestufen in Anlehnung an den Punktekatalog der Pflegeversicherung. Dementsprechend liegen auch die Leistungen zwischen 20 Prozent und 100 Prozent des vereinbarten Tagegeldes. Daneben spielt es bei einigen Tarifen eine Rolle, wer den Versicherten wo pflegt. Die besten Leistungen sehen alle Tarife bei stationärer Pflege vor. Wird der Versicherte zu Hause von professionellem

Personal gepflegt, muss er meist schon Abstriche hinnehmen. Noch größer sind die Einschnitte in der Regel, wenn nicht Profis, sondern Laien pflegen, wie z. B. Familienmitglieder.

Hinzu kommt: Selbst wenn die Versicherung leistet, muss der Kunde weiter Beiträge bezahlen. Einen Nachteil hat die Tagesgeldpolice mit der Pflegerentenversicherung gemein: Der Versicherungsschutz passt sich der Kostenentwicklung in der Pflege nicht an, denn die Höhe der Leistung wird schon beim Abschluss festgeschrieben. Zeichnet sich ab, dass der Schutz nicht mehr ausreicht, muss der Kunde sich nachversichern. Dann ist er allerdings älter und vielfach auch kränker - und entsprechend hoch sind auch die Beiträge.

### **3.3 Optimal: Die Pflegekostenversicherung**

Die Alternative zu Tagesgeld und Pflegerente liegt in der Pflegekostenversicherung. Zwar stimmen die Versicherungsbedingungen mit denen der Tagesgeldpolice weitgehend überein, aber es gibt dabei einen wichtigen Unterschied: Die Pflegekostenversicherung ist nicht so anfällig gegen Preissteigerungen in der Pflege, denn der Maßstab für die Leistung sind die echten Pflegekosten, die der Kunde dem Versicherer nachweist. Die Versicherungsgesellschaft ersetzt dann in der Regel 80 Prozent der Ausgaben für Pflege und Hilfsmittel. Dabei gibt es eine Obergrenze pro Jahr. Wo diese Grenze liegt, hängt vom Anbieter und von der Art der Pflege ab. Die höchsten Sätze gibt es, wenn der Versicherte zu Hause von einer Fachkraft gepflegt wird. Nicht erstattet werden dagegen die Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Heim. Leistet ein Sozialversicherungsträger Heil- oder Unfallfürsorge, darf der Versicherer seine Leistungen um diesen Betrag kürzen. Wird der Versicherte zu Hause von Angehörigen gepflegt, bezahlen manche Anbieter ein meist nach Punktetabelle abgestuftes Pfl egetagegeld. Wie bei der Tagesgeldversicherung laufen auch hier die Beiträge weiter, wenn der Versicherte pflegebedürftig ist.

Die Kritik an der Pflegekostenversicherung zielt vor allem auf die eingebaute Kostenobergrenze und darauf, dass zwar Pflegekosten und Hilfsmittel, nicht aber Unterbringung und Verpflegung in einem Heim erstattet werden. Von dem größten Teil, den ein Pflegeplatz im Altenheim heute kostet, entfällt jedoch nur etwas mehr als die Hälfte auf Pflege, Betreuung und Pflegemittel. In vielen Fällen bleibt der Pflegebedürftige dann trotz Versicherung leicht auf einem hohen Anteil der Gesamtkosten sitzen. Dennoch ist die Pflegekostenpolice von all den schlechten Lösungen noch die beste. Zudem besteht die Hoffnung, dass dieses Produkt verbessert wird. Wer sich im Paragraphenschwermel des Sozialgesetzbuches jedoch nicht auskennt, verliert bares Geld oder bekommt schlechtere Leistungen. Nicht jeder Pflegeantrag wird akzeptiert. Mit einigen praktischen Tipps können Sie trotzdem an Ihr Ziel gelangen:

- **Führen Sie ein Pflegeprotokoll**

Protokollieren Sie präzise, was Sie oder andere Pflegekräfte getan haben. Ob und in welchem Umfang Pflegeleistungen gewährt werden, hängt vom notwendigen Zeitaufwand ab.

- **Sach- oder Geldleistungen?**

Pflegen geschulte Helfer, wird die so genannte Sachleistung fällig. Bei Hilfe durch Fremde oder Verwandte muss man sich mit deutlich geringeren Geldleistungen zufrieden geben.

- **Pflegevertretung wird bezahlt**

Pflegekräfte können urlaubs- oder krankheitsbedingt einmal ausfallen. In diesen Fällen übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzkraft für bis zu vier Wochen. Voraussetzung ist jedoch, dass der/die Pfleger(in) bereits zwölf Monate ohne Unterbrechung gepflegt hat.

- **Überprüfen Sie die Pflegestufe**

Wenn Sie nach bisher geltendem Recht bereits Pflegegeld erhalten, sollten Sie ein neues Gespräch mit dem Hausarzt der zu pflegenden Person führen. In welche Pflegestufe man eingestuft wird, bestimmt u. a. auch der Hausarzt. Solche "Altfälle" werden sonst automatisch der Pflegestufe II zugeordnet. Eine erneute Untersuchung könnte eine Höherstufung ergeben. Dann sollten Sie einen neuen Antrag stellen.

## **Zum Herausgeber [arbeitsgemeinschaft-finanzen.de](http://arbeitsgemeinschaft-finanzen.de)**

Als unabhängiges, objektives und informationsbasiertes Internet-Angebot blickt das Portal [arbeitsgemeinschaft-finanzen.de](http://arbeitsgemeinschaft-finanzen.de) im Internet auf eine stetig wachsende Stammleserschaft.

Themen aus den Bereichen Versicherung und Geldanlage werden fachlich kompetent von einem erfahrenen Expertenteam betreut. Regelmäßig können interessierte Internet-Nutzer aus allen wichtigen Bereichen des Finanz- und Versicherungswesens brandaktuelle Neuerungen und ausführlichen Erläuterungen erfahren.

Im Mittelpunkt steht dabei eine ebenso fachliche wie leicht verständliche Präsentation fachlicher Sachverhalte. So werden selbst komplizierte Erläuterungen durch [arbeitsgemeinschaft-finanzen.de](http://arbeitsgemeinschaft-finanzen.de) verbraucherfreundlich aufbereitet.

Mithilfe der Vergleichsangebote und guten Kontakte zu Spezialisten aus den jeweiligen Themengebieten des Finanzportals erhalten Verbraucher jederzeit einen informativen und übersichtlichen Überblick über aktuelle Veränderungen im Finanz- und Versicherungsbereich. Objektive Auskünfte zu marktüblichen Konditionen inklusive.

**[www.arbeitsgemeinschaft-finanzen.de](http://www.arbeitsgemeinschaft-finanzen.de)**