



# Qualifizierte Beratung.

**Damit Ihre private Krankenversicherung  
nicht zum Zufallstreffer wird.**



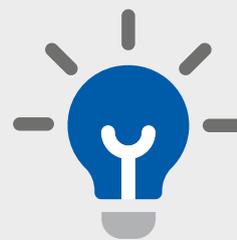
# Die richtige Auswahl

Mit dieser Unterlage können Sie vermeiden, dass es für Sie unangenehme Überraschungen bei der Auswahl des richtigen Krankenversicherungstarifs gibt.

Allzu oft wird auch heute noch eine Krankenversicherung nach dem Preis ausgewählt, ohne dass die Leistungen im Detail bekannt sind. Das kann im Leistungsfall zu Problemen führen, wenn selbst grundlegende Leistungen nicht oder nicht ausreichend abgesichert sind. Dieser Leitfaden hilft dies zu vermeiden, indem er die Auswahlkriterien transparent macht.



# Fragen oder Unklarheiten?



Hier finden Sie wichtige Erläuterungen zu den Inhalten bei der Auswahl Ihrer ganz persönlichen privaten Krankenversicherung.

## **Nicht jeder Auswahlpunkt ist sofort klar oder transparent.**

Was kosten einzelne Behandlungen? Welches Risiko geht man ein, wenn bestimmte Punkte gar nicht oder nur unzureichend abgesichert werden? Es gibt viel zu beachten, was auf den ersten Blick nicht immer sofort erkennbar ist. Mit der nachfolgenden Übersicht geben wir Ihnen Beispiele und Hinweise zu jedem einzelnen Punkt. So können Sie Ihre Auswahl noch sicherer und transparenter machen.

## **01 Freie Arztwahl ohne Einschränkungen durch Haus-/Primärarzttarife**

Haus-/Primärarzttarife fordern vom Versicherungsnehmer eine hohe Disziplin. Suchen Sie auf Grund eigener Entscheidung einen Facharzt (z. B. Urologe, Orthopäde) ohne Überweisung Ihres Hausarztes auf, müssen Sie mit Leistungseinschränkungen (z. B. nur 80 % Erstattung) rechnen. Mindestens bei Notfall- und Bereitschaftsärzten sollte Ihr Versicherer das sogenannte Hausarztmodell außer Kraft gesetzt haben. Zudem ist eine regionale Begrenzung auf Deutschland notwendig.

**JA, es ist mir wichtig, auch einen Facharzt frei wählen zu können.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.** Das Risiko von Eigenbeteiligungen bis zu mehreren 1.000 Euro durch Besuche des „falschen“ Arztes, die ggf. dauerhaft sind, ist mir bekannt.

## **02 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ/GOZ) in Deutschland**

Das Honorar für Ärzte wird bei der Behandlung von Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ/GOZ) berechnet. Grundsätzlich kann man die Varianten der Honorarsätze in 3 Stufen unterteilen:

### **1. Behandlungen ohne erhöhten Aufwand**

Hier rechnet der Arzt einen festgelegten Basiswert mit einem von ihm frei wählbaren Faktor bis max. 2,3 ab.

### **2. Behandlungen mit erhöhtem Aufwand/Besonderheiten**

Hier darf der Arzt (mit Begründung) bis zum 3,5-fachen Satz abrechnen – ohne Rücksprachen und in der Regel ohne Zustimmung des Patienten.

### **3. Behandlung durch Spezialisten**

Gerade bei komplizierten Behandlungen durch Spezialisten entsteht manchmal ein so großer Aufwand, dass normale Abrechnungen den entstehenden Kosten nicht gerecht werden. Hier kann ein Arzt auch über dem „normalen Höchstwert“ berechnen. Das kann unter Umständen sogar bis über den 10-fachen Satz der Gebührenordnung hinausgehen, z. B. bei Neuro-Chirurgen oder Orthopäden. Hierzu ist allerdings eine gesonderte Vereinbarung mit dem Patienten notwendig.



**JA, mir ist wichtig, im Bedarfsfall den besten Arzt wählen zu können.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.** Die den Höchstsatz (3,5-fach) übersteigenden Kosten kann ich selbst zahlen. Mir ist bewusst, dass es im Einzelfall mehrere 10.000 Euro sein können. Im Zweifel verzichte ich auf Hightechmedizin.

**JA, es ist mir wichtig, dass auch Rechnungen, die im Ausland entstehen, vollständig bezahlt werden.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Mir ist bewusst, dass im Einzelfall Kosten von mehreren 10.000 Euro entstehen können. Ich möchte mich aber in keinem Fall im Ausland behandeln lassen.

### 03 Besonderheit: Gebührenordnung im Ausland (GOÄ/GOZ)

Hier sollten Sie mindestens auf zwei Situationen achten:

#### 1. Akute Erkrankung und Behandlung im Ausland

Selbst eine „normale“ akute Erkrankung im Ausland kann teuer werden, da die Ärzte im Ausland nicht nach der GOÄ/GOZ abrechnen. Es kann sein, dass der deutsche Krankenkversicherer keine oder nur eine Teilerstattung leistet.

#### 2. Gezielte Behandlung im Ausland

Wenn der beste Arzt im Ausland arbeitet, ist es erforderlich, dass auch dessen Rechnungen akzeptiert und in vollem Umfang bezahlt werden – auch dann, wenn sie nicht im Rahmen der GOÄ/GOZ erstellt worden sind. Die Kosten können ein Vielfaches des in Deutschland üblichen Satzes betragen (z. B. in den USA). Egal wie man versichert ist: eine Auslandsreisekrankenversicherung, die dies auch der Höhe nach abdeckt, kann oft sinnvoll sein.

**JA, es ist mir wichtig.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Ich kenne das Risiko von Eigenbeteiligungen bis zu mehreren 1.000 Euro für eine intensive Behandlung durch einen Heilpraktiker.

### 04 Heilpraktiker/Naturheilverfahren

Bei alternativmedizinischen Behandlungsmethoden können schnell hohe Kosten entstehen – neben dem jeweiligen Stundensatz des Behandlers, z. B. Kosten für Akupunktur, homöopathische Arzneimittel etc.

Auch Heilpraktiker arbeiten nach einer Gebührenordnung.

Hier ist es wichtig, dass eine Kostenübernahme mindestens bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebH) gewährleistet ist.



**JA, umfassende Vorsorge ist mir sehr wichtig.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Ich kenne das Risiko, bestimmte Vorsorgemaßnahmen selbst zahlen zu müssen.

### 05 Vorsorgeuntersuchungen

Es gibt große Unterschiede zwischen gesetzlich eingeführten Programmen und höherwertiger Versorgung. Einige Beispiele der Einschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung finden Sie hier:

- Darmkrebsvorsorge erst ab 50 Jahren
- Nur bestimmte Vorsorgemaßnahmen in der Schwangerschaft
- Hautkrebsvorsorge erst ab 35 Jahren
- Einschränkungen bei der Häufigkeit der Maßnahmen

**JA, mir ist wichtig, im Bedarfsfall das Hilfsmittel zu bekommen, das ich benötige.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Mir ist das Risiko, dass im Einzelfall Kosten in Höhe von bis zu mehreren 10.000 Euro anfallen können, bekannt.

### 06 Hilfsmittel

Hilfsmittel dienen vor allem dazu, körperliche Beeinträchtigungen zu mildern oder auszugleichen. Jede Begrenzung oder Einschränkung, die es selbst bei lebenserhaltenden Hilfsmitteln gibt, kann ein hohes, existenzbedrohendes Risiko sein.

#### Beispiele möglicher Kosten für

- **Hör-/Sprechgeräte (z. B. künstlicher Kehlkopf/Hörgerät):**  
Hörgeräte können bis zu 5.000 Euro pro Ohr kosten
- **Prothesen/Körperersatzstücke (z. B. nach einem Unfall):**  
Kosten für eine Beinprothese bis zu 40.000 Euro
- **Cochlea-Implantat-Versorgung einschließlich Rehabilitations-Maßnahmen:**  
Kosten rund 40.000 Euro
- **Heimdialysegeräte:** Kosten der Geräte bis zu 150.000 Euro p. a.
- **Lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Beatmungsgerät):**  
Kosten bis zu 10.000 Euro je Hilfsmittel

Hier ist die beste Wahl ein offener Hilfsmittelkatalog ohne Beschränkung auf die Ausführung, so dass nicht zwingend das „günstigste“ Hilfsmittel gewählt werden muss.

## 07 Heilmittel

Zu den Heilmitteln gehören z. B. physikalische Anwendungen (z. B. Krankengymnastik, Massagen) sowie Ergotherapie und Logopädie. Diese von staatlich anerkannten Angehörigen von Gesundheitsberufen oder medizinischen Assistenzberufen (z. B. Diätassistent, Ergotherapeut, Physiotherapeut oder Logopäde) erbrachten Leistungen sollten möglichst umfassend und ohne Begrenzung oder Einschränkung versichert sein.

**Hier einige Beispiele für entstehende Kosten:**

- **Logopädie, Ergotherapie und Krankengymnastik nach Schlaganfall:**  
Behandlungsdauer von über 10 Jahren bei schweren Schlaganfällen, Kosten von bis zu 15.000 Euro p. a.
- **Schulterbruch nach Unfall:**  
6 Wochen Massagen, Ergotherapie und Krankengymnastik, Kosten von ca. 3.000 Euro

**JA, mir ist wichtig, im Bedarfsfall alle Heilmittel zu erhalten, die ich benötige.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Mir ist das Risiko, dass im Einzelfall Kosten in Höhe von bis zu mehreren 10.000 Euro entstehen können, bekannt.

## 08 Krankentransporte – ambulant und stationär

Kosten für Transporte können sowohl im Rahmen ambulanter als auch bei stationärer Behandlung entstehen. Zwingend im ambulanten Bereich ist die Kostenübernahme bei Gehunfähigkeit zum nächsten geeigneten Arzt. Dies ist z. B. auch wichtig für Transporte bei Chemotherapie und Dialyse. Im stationären Bereich wird unterschieden zwischen Primärversorgung (Notfalleinlieferung) und Sekundärversorgung (Verlegung z. B. in eine Spezialklinik). Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, sollte es hier keine Einschränkungen geben (z. B. „in das nächste Krankenhaus“ oder „bis zu 50 km“).

**JA, mir ist wichtig, dass die Kosten für Transporte erstattet werden.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Ich kenne das Risiko von hohen Eigenbeteiligungen bis zu mehreren 1.000 Euro.

## 09 Ambulante Psychotherapie

Es sollte ausdrücklich die Behandlung durch Psychotherapeuten versichert sein, nicht nur die Behandlung durch einen Arzt. Das ist wichtig, weil die Mehrheit der notwendigen Therapien (z. B. bei Schlafstörungen, Überlastungssyndrom) durch nichtärztliche Behandler erbracht wird. Eine Begrenzung der versicherten Anzahl kann aus Gründen der Beitragsstabilität aber sinnvoll sein.

**JA, ambulante Psychotherapie ist mir wichtig.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**



## 10 Wahlärztliche Behandlung (Spezialist) im Krankenhaus

Grundsätzlich besteht ein Unterschied zwischen wahlärztlicher Leistung und allgemeinen Krankenhausleistungen. Die **allgemeinen Krankenhausleistungen** beinhalten das Leistungsspektrum, das auch gesetzlich Versicherten zur Verfügung steht. Hier entscheidet das Krankenhaus je nach Schwere und Art der Erkrankung über die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung. Natürlich gilt grundsätzlich: Jeder Patient wird behandelt. Haben Sie sich für **wahlärztliche Leistungen** entschieden, entscheiden Sie selbst, ob sie lieber von einem Spezialisten behandelt werden.

**Hier ein klassisches Beispiel:**

Der Patient erleidet einen Herzinfarkt und es stehen im Krankenhaus zwei Ärzte vor ihm. Der Spezialist, der die jetzt notwendige OP bereits 500mal erfolgreich durchgeführt hat und der Assistenzarzt. Mit wahlärztlichen Leistungen kann der Patient bestimmen, dass der Spezialist die Behandlung durchführt. Mit allgemeinen Krankenhausleistungen wird der Assistenzarzt mit deutlich geringerer Erfahrung die Operation durchführen.

**JA, mir ist wichtig, im Bedarfsfall den besten Arzt wählen zu können.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Mir ist bewusst, dass es im Einzelfall mehrere 10.000 Euro sein können. Im Zweifel verzichte ich auf Hightechmedizin oder die Behandlung durch einen Arzt mit besonderer Kompetenz und Erfahrung.

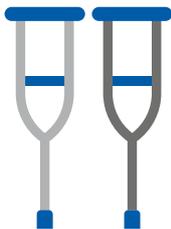
**Wichtig zu wissen:** Der Spezialist rechnet häufig wegen aufwendiger Behandlungen oder auch nur wegen seiner besonderen Kompetenz und Erfahrung nicht innerhalb der Gebührenordnung ab – er berechnet oft mehr als den Höchstsatz (3,5-fach).

**JA, das ist mir wichtig, weil gerade Spezialisten oft in Privatkliniken arbeiten.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Die Kosten von bis zu mehreren 1.000 Euro werde ich im Fall der Fälle selbst tragen.

**JA, ein umfangreicher Versicherungsschutz für Rehabilitation ist mir sehr wichtig.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Ich kenne das Risiko von hohen Eigenbeteiligungen bis zu mehreren 10.000 Euro.



**JA, mir ist wichtig, dass eine Behandlung in jedem Krankenhaus auch ohne Zustimmung des Versicherers erstattet wird.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Mögliche Kosten von mehreren 1.000 Euro zahle ich gegebenenfalls selbst.

**JA, das ist mir wichtig.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Ich kenne das Risiko von hohen Eigenbeteiligungen.

## 11 Unterbringung – was ist, wenn der Wahlarzt in einer Privatklinik arbeitet?

Neben der bekannten Unterbringungsalternative im 1-, 2- oder Mehrbettzimmer taucht immer häufiger das Thema der reinen Privatstationen oder Privatkliniken auf. Viele Spezialisten arbeiten genau dort! Sie sind nicht in der Krankenhausbedarfsplanung, also nicht für die Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten zuständig, und dürfen oft ohne gesetzliche Begrenzung frei vereinbarte Entgelte abrechnen. In diesen Häusern oder deren Ausgliederungen (ausgewiesene Privatstationen) kann häufig die Art der Unterbringung und der Behandlung frei gewählt werden. Dieses wird dann unter Berücksichtigung bestimmter rechtlicher Grenzen anders abgerechnet. Bei reinen Privatkliniken ist die Art und Höhe der Abrechnung relativ frei. Es können so erheblichere Kosten als in Anstalten, die gesetzlich Versicherte behandeln, entstehen.

## 12 Reha

Die Versorgung gliedert sich gegenwärtig in drei wesentliche Bereiche:

- **die Primärversorgung (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte)**
- **die Akutversorgung (stationäre Versorgung im Krankenhaus)**
- **die Rehabilitation**

Rehabilitationsmaßnahmen sind Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung (§ 6 SGB IX).

**Wichtig zu wissen:** Reha-Leistungen sind nach § 6 SGB IX Aufgabe der Sozialversicherungsträger (gesetzliche Krankenversicherung, Unfall- und Rentenversicherung). Sie müssen nicht zum Leistungsumfang einer privaten Krankenversicherung gehören und sind nach den Musterbedingungen ausdrücklich ausgeschlossen. Bleiben also – wenn keine verbesserten Regelungen im PKV-Tarif vereinbart sind – nur die Rentenversicherung und die Unfallversicherung. Diese sind aber in vielen Fällen, unter anderem auch bei Selbstständigen und Rentnern, nicht zuständig.

Häufig sind in der privaten Krankenversicherung entweder gar keine oder nur Teilregelungen vereinbart. So kann eine Anschlussheilbehandlung versichert sein, die restliche Reha aber nicht – z. B. geriatrische Maßnahmen.

## 13 Gemischte Anstalten

Hierunter versteht man Krankenhäuser, die neben stationären medizinisch notwendigen Heilbehandlungen auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, Reha-Maßnahmen usw. durchführen. Sofern nichts anderes geregelt ist, leistet der Versicherer hier nur nach vorheriger, schriftlicher Zusage.

Eine gemischte Anstalt lässt sich auf den ersten Blick leider nicht von einem „normalen“ Krankenhaus unterscheiden. Deswegen ist eine Regelung zu bevorzugen, bei der der Versicherte grundsätzlich die Kosten einer Behandlung im Krankenhaus erstattet bekommt, das dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) unterliegt. Und das ohne eine direkte Einzelfallzustimmung des Versicherers.

## 14 Unterbringung bei Entwöhnungsmaßnahmen und Kosten für Hospize

Obwohl es seit 1997 in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Standard gehört, ist eine Hospizunterbringung im engen Sinne in der privaten Krankenversicherung grundsätzlich nicht versichert, da es sich nicht um eine medizinisch notwendige „Heilbehandlung“ handelt. Gleiches gilt auch für Teile der Palliativ-Medizin.

## 15 Zahnersatz

Die Kosten für hochwertigen Zahnersatz erreichen schnell hohe vier- bis fünfstelligen Beträge. Allein ein einziger durch ein Implantat ersetzter Zahn kostet schnell 3.000 Euro und mehr. Ihre private Krankenversicherung (PKV) sollte daher im Gegensatz zur Grundversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung oder PKV-Billigtarifen Aufwendungen für hochwertigen, optisch ansprechenden und langlebigen Zahnersatz vorsehen.

### Worauf Sie achten sollten:

- angemessene Leistungen schon in den ersten Versicherungsjahren
- keine Begrenzungen bei Implantaten, Inlays
- Altersgrenzen bei Kieferorthopädie
- Einschränkungen durch Preis-/Leistungsverzeichnisse
- Höhe des Erstattungssatzes für Zahnersatz



- JA, eine hochwertige Zahnversorgung ist mir wichtig.**
- NEIN, das ist mir nicht so wichtig.** Ich kenne das Risiko von hohen Eigenbeteiligungen bis zu mehreren 1.000 Euro.

## 16 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Auch hier gilt (analog der GOÄ) wieder: Gerade bei hochwertigem Zahnersatz oder aufwendigen Behandlungen (z. B. bei Implantatversorgung) rechnen Zahnärzte oft höher als 3,5-fach ab. Und: Bei weltweit gewünschtem Versicherungsschutz ist daher ein Schutz ohne Begrenzung auf die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) notwendig.

- JA, das ist mir wichtig.**
- NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**

## 17 Krankenversicherungsschutz auch im Ausland – auch dauerhaft (Wohnsitzverlegung)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Soll der Versicherungsschutz zeitlich unbegrenzt weltweit gelten, bedarf es vertraglicher Sonderregelungen. Das ist insbesondere bei einer Wohnsitzverlegung ins Ausland (innerhalb oder außerhalb der EU) wichtig. Darüber hinaus sind die Regelungen zum vorübergehenden Auslandsaufenthalt (z. B. im Urlaub) und dem Rücktransport aus dem Ausland wichtige Punkte.

Meist gilt bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt, dass der Versicherungsschutz für einen Monat gilt. Bei Erkrankung innerhalb dieses Monats kann auf 2 Monate verlängert werden, wenn der Patient transportunfähig ist. Erkrankt der Kunde nach dem ersten Monat, ist der Versicherer grundsätzlich von der Leistung frei.

**Wichtig zu wissen:** Es gibt Tarife, in denen ein Rücktransport, der weit über 10.000 Euro kosten kann, nicht versichert ist!

Wird der Wohnsitz innerhalb der EU dauerhaft verlegt, kann der Kunde seinen Versicherungsschutz beibehalten – allerdings gibt es Tarife, bei denen der Versicherer nur die im Inland fälligen Leistungen erbringen muss. Diese unterliegen der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) und können erheblich geringer sein als die Behandlungskosten, die im europäischen Ausland entstehen. Eine Wohnsitzverlegung außerhalb der EU bedeutet häufig das Ende des Schutzes. Hier sind Regelungen wichtig, die dem Kunden Sicherheit geben, ob und in welchem Umfang er seinen Schutz aufrecht erhalten kann.



- JA, mir ist wichtig, dass mein Versicherungsschutz (ggf. auch dauerhaft) im Ausland bestehen bleibt.**
- NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**

**JA, das ist mir wichtig.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Im Krankheitsfall ist mir eine weitere Privatbehandlung nicht so wichtig.

## 18 Umwandlungsrechte in eine Zusatzkrankenversicherung – wenn Sie das System wechseln (müssen)

Es kann Gründe geben, durch die die Versicherungspflicht wieder einsetzt, und der Privatversicherte seinen Vertrag beenden kann oder muss. Damit verliert er sein Privileg als Privatpatient. Positive Regelungen in den Bedingungen ermöglichen den Wechsel in einen vergleichbaren Ergänzungsversicherungsschutz – ohne Gesundheitsprüfung und auch bei laufenden Behandlungen.

**Hierzu sind einige Rahmenbedingungen beim jeweiligen Versicherer zu beachten:**

- Selbst wenn der Versicherer vertraglich ein „Umwandlungsrecht“ garantiert, ist dieses nur dann inhaltlich etwas wert, wenn der Versicherer auch Tarife anbietet, die den gewünschten Ergänzungsversicherungsschutz bieten. Das gilt für stationäre, zahnmedizinische und ambulante Privatbehandlungen. Was ist, wenn der Versicherer in bestimmten Segmenten überhaupt keine oder nur eine leistungsschwache Zusatzversicherung anbietet?
- Einige Versicherer behalten sich ein Kündigungsrecht vor. Das ist immer dann kritisch, wenn der Kunde in einer laufenden Behandlung von einer Vollkostenversicherung in einen Ergänzungschutz wechselt – der dann gekündigt werden kann.

**JA, solche Anpassungsmöglichkeiten sind mir wichtig.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Ich nehme das Risiko, im Fall der Fälle getroffene Vereinbarungen und Verpflichtungen nicht anpassen zu können, in Kauf.

## 19 Optionsrechte – wenn sich das Leben ändert

Hier geht es um Anpassungsmöglichkeiten des bestehenden Vertrages an veränderte Lebensumstände und die Zahlungsfähigkeiten des Kunden. Je mehr Möglichkeiten Sie haben, umso besser, denn dann bleiben Sie immer flexibel. Neben der Option, den Versicherungsschutz zu bestimmten Zeiten qualitativ ohne Gesundheitsprüfung aufzuwerten, gibt es in einigen Tarifen weitere Möglichkeiten.

**Hier einige Beispiele:**

- Anpassungsmöglichkeiten bei beruflichen Veränderungen, z. B. Änderung des Einkommens, Auslandsaufenthalt, Wechsel in die Selbstständigkeit
- Absenkung und spätere Wiederherstellung des Beitrags, z. B. bei Pflege- oder Elternzeit, Arbeitslosigkeit
- Optionsrechte bei privaten Veränderungen, z. B. bei Eheschließung oder Scheidung

**JA, mir ist wichtig, die Grundlagen für langfristig stabile Beiträge zu kennen.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Mich interessiert nur die heutige Möglichkeit zu sparen – Beiträge im Alter sind mir egal.

## 20 Stabile Kalkulation und Beiträge

Natürlich kann niemand seriös vorhersagen, wie sich die Branche im Ganzen oder die Beiträge für Tarife einzelner Versicherer entwickeln werden. Aber es gibt einige Punkte, die darauf hindeuten, dass sich ein Tarif beitragsstabiler entwickelt als ein anderer Tarif.

**Beispiel Rechnungszins:**

Das ist der Prozentsatz, mit dem der Versicherer die gebildeten Alterungsrückstellungen kalkulatorisch verzinst. Je höher dieser Wert angesetzt ist, desto größer ist die Gefahr, dass er später gesenkt werden muss, weil die kalkulierte Verzinsung nicht erzielt werden kann. Dies führt dann zu erheblichen Beitragserhöhungen für den Versicherten.

**Beispiel Rückstellungen:**

Je mehr Beitragsteile heute zurück gestellt werden, desto mehr Geld steht im Alter für die Stabilität der Beiträge zur Verfügung.

**Worauf Sie achten sollten:**

Die jeweilige langfristige Entwicklung der Versicherungsbeiträge kann ein guter Indikator sein, ob ein Versicherer dauerhaft stabil kalkuliert.



## 21 Zusatzleistungen

Es gibt in einigen Tarifen Leistungen, die viele Krankenversicherer nicht haben.

Das sind zum Beispiel:

- Kinderbetreuungspauschalen
- Haushaltshilfen
- Präventionspauschalen
- Häusliche Krankenpflege



Dieser Leitfaden hilft dabei, wesentliche Kriterien und häufig gestellte Fragen in Zusammenhang mit einer privaten Krankenversicherung transparent zu machen, ersetzt aber nicht die individuelle Beratung und das ggf. erforderliche Herausarbeiten individueller Anforderungen. Zu diesem Zweck sollte nachfolgend festgehalten werden, welche weiteren Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf die private Krankenversicherung bestehen.



**Was ist Ihnen bei der richtigen Auswahl Ihrer privaten Krankenversicherung außerdem wichtig?**

---

---

---

**JA, Zusatzleistungen sind mir wichtig.**

**NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**  
Ich kenne das Risiko, die Kosten unter Umständen regelmäßig selbst tragen zu müssen.

# Dokumentation

Die im Rahmen des dokumentierten Gesprächs festgelegten Leistungsinhalte wurden gemeinsam erarbeitet und besprochen.

Dabei handelt es sich um die gewünschten Anforderungen bei der individuellen Auswahl einer privaten Krankenversicherung.



\_\_\_\_\_  
Ort/Datum, Unterschrift des Vermittlers

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum, Unterschrift des Kunden