GESUNDHEITSVORSORGE

Extraklasse statt Krankenkasse

FINCURAS

EXTRAKLASSE
STATT KRANKENKASSE

GESETZLICH vs. PRIVAT

...zwei System treffen aufeinander

EXTRAKLASSE

Das Solidarprinzip der **Gesetzlichen Krankenversicherung** in Deutschland ist aufgrund der Lage auf dem Arbeitsmarkt und dem demographischen Wandel in die Jahre gekommen! Die Aufwendungen werden immer höher, die Zahl der Einzahlungspflichtigen immer kleiner. Durch die so genannte Gesundheitsreform wird versucht, die enorme Kostenexplosion vor allem durch Leistungsreduzierungen weiterzugeben. Dies führt auf Dauer zu einem immer schlechter werdenden Verhältnis zwischen Beiträgen und Leistungen.

Das Prinzip der **Privaten Krankenversicherung** ist anders. Eines der herausragenden Merkmale ist die Flexibilität der Tarife. Die Versicherten können ihren Versicherungsschutz individuell ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend gestalten. Das Besondere: Diesen Versicherungsschutz und die daran gekoppelten Leistungen erhalten Sie im Gegensatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung ein Leben lang!

Anstatt den steigenden Beiträgen und sinkenden Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen ausgesetzt zu sein, bietet Ihnen die Private Krankenversicherung die Möglichkeit, sich vor den Kostensteigerungen durch Inflation, Verteuerung des medizinischen Fortschritts und den Kosten für eine längere Lebenserwartung zu schützen!

FAZIT: Lieber Extraklasse statt Krankenkasse!

Zwei Systeme im Vergleich

Gesetzliche Krankenverischerung

» der Beitrag richtet sich nach der Höhe des Einkommens
» die Leistungen sind für jeden gleich
» die Leistungen müssen zweckmäßig und wirtschaftlich sein
» die Krankenkasse entscheidet über die Leistungen
» die Leistungen sind nicht garantiert

VS.

Private Krankenverischerung

» der Beitrag ist **unabhängig** vom Einkommen
» der gewünschte Schutz kann **individuell** gestaltet werden
» bei „Nicht-in-Anspurchnahme“ **Geld zurück**
» die Leistungen sind vertraglich **garantiert**
» **bevorzugte** Behandlung beim Arzt

EXTRAKLASSE

So könnte Ihre Gesundheitsvorsorge aussehen

Eines der herausragenden Merkmale der Privaten Krankenversicherung ist die Flexibilität der Tarife. Die Versicherten können ihren Versicherungsschutz individuell ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend gestalten und auch im Nachhinein an eine z.B. veränderte Lebenssituation anpassen. Profitieren auch Sie von den besonderen Leistungen der Privaten Krankenversicherung und stellen sich Ihren Versicherungsschutz individuell zusammen. Hier finden Sie drei Beispiele, wie Ihre Gesundheitsvorsge aussehen könnte.

BASIS

Ambulant

100% Erstattung für
» ambulante Behandlungen
» Vorsorgeuntersuchungen
» Hilfsmittel
» Transportkosten

80% Erstattung für Heilpraktiker
70% Erstattung für Psychotherapie

Erstatung bis zum 3,5-fachen Satz

Stationär

» Mehrbettzimmer und Belegarzt
» 1- oder 2-Bettzimmer und Chefarztbehandlung bei Unfall
» 100% Erstattung für Psychotherapie und Transportkosten
» Erstatung bis 3,5-fachen Satz

Zahn

» 100% für Zahnbehandlung
» 80% Erstattung für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Implantate
» Erstatung bis 3,5-fachen Satz

Beitragsrückerstattung

» bis zu 500 € nach vier Jahren

253,58 €

TOP

Ambulant

100% Erstattung für
» ambulante Behandlungen
» Vorsorgeuntersuchungen
» Heil- und Hilfsmittel
» Transportkosten
» Heilpraktiker
» Psychotherapie

Erstatung **ohne Begrenzung** auf die Gebührenordnung

Stationär

» 2-Bettzimmer und Chefarzt
» 100% Erstattung für Psychotherapie Transportkosten und stationäre Kuren
» Erstatung **ohne Begrenzung** auf die Gebührenordnung

Zahn

» 100% für Zahnbehandlung
» 80% Erstattung für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Implantate
» Erstatung **ohne Begrenzung** auf die Gebührenordnung

Beitragsrückerstattung

» bis zu 3,75 MB nach fünf Jahren

439,68 €

PREMIUM

Ambulant

100% Erstattung für
» ambulante Behandlungen
» Vorsorgeuntersuchungen
» Heil- und Hilfsmittel
» Transportkosten
» Heilpraktiker
» Psychotherapie

Erstatung **ohne Begrenzung** auf die Gebührenordnung

Stationär

» 1-/2-Bettzimmer und Chefarzt
» 100% Erstattung für Psychotherapie Transportkosten und stationäre Kuren
» Erstatung **ohne Begrenzung** auf die Gebührenordnung

Zahn

» 100% für Zahnbehandlung
» 80% Erstattung für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Implantate
» Erstatung **ohne Begrenzung** auf die Gebührenordnung

Beitragsrückerstattung

» bis zu 3,75 MB nach fünf Jahren

522,07 €

Die genannten Beiträge sind Komplettbeiträge für einen 30-Jährigen Versicherten (m/w) und beinhalten bereits den gesetzlichen Zuschlag und die Pflegeversicherung.

RECHNUNGERSTATTUNG

...so ist der Ablauf der Rechnungserstattung

RECHNUNGMYTHOS

Viele gesetzlich Krankenversicherte scheuen einen Wechsel in die Private Krankenversicherung, weil sie irgendwo mal folgenden berühmten Satz gehört oder gelesen haben:

„Als Privatpatient muss ich für Arztrechnungen immer in Vorleistung treten!“

Dieser Satz und der damit verbundene Gedanke, dass man erst sein Auto verkaufen muss um sich die dringend benötigte Blinddarm-OP leisten zu können, ist jedoch ein Mythos, wie die Grafik auf der rechten Seite verdeutlicht.

Im Zusammenhang mit dem Thema Rechnungserstattung sollten Sie auch unbedingt eine mögliche Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit beachten. Bitte besprechen Sie dieses Thema mit Ihrem Berater.

Ablauf der Rechnungserstattung

1. Sie erhalten die Rechnung von Ihrem Arzt
dies erfolgt i.d.R. ein bis vier Wochen nach der Behandlung

2. Sie entscheiden, ob Sie die Rechnung einreichen
hierbei gilt es eine mögliche BRE* zu berücksichtigen

3. Sie schicken die Rechnung an Ihren Krankenversicherer
verwenden Sie dazu am besten das Erstattungsformular

4. Ihr Versicherer überweist Ihnen den Erstattungsbetrag
dies erfolgt i.d.R. innerhalb von ein bis zwei Wochen

5. Sie begleichen die Rechnung von Ihrem Arzt
i.d.R. gibt es hier ein Zahlungsziel von vier Wochen

WICHTIG: Bei einer stationären Behandlung rechnet das Krankenhaus direkt mit dem Versicherer ab.

* BRE = Beitragsrückerstattung

GEBÜHRENORDNUNG

...was verbirgt sich dahinter?

GOÄ // GOZ

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt die Abrechnung der medizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Da ein Arzt in Deutschland seine Preise nicht selber kalkulieren darf, ist sie damit die Abrechnungsgrundlage bei Privatpatienten.

Je nach Umfang der Behandlung kann der Arzt seine Leistung anhand von „Sätzen“ abrechnen, d.h. er multipliziert die Leistung mit einem Faktor, welcher dem Aufwand der Behandlung entspricht.

Es ist also wichtig darauf zu achten, bis zu welchem Satz Ihre Krankenversicherung eine Erstattung vorsieht.

Wie kann ein Tarif der privaten Krankenversicherung leisten:

Ohne Bindung an die GOÄ
z.B. Behandlungen im Ausland

Über den Höchstsatz - über 3,5 fach
z.B. Behandlung durch Spezialisten

Bis zum Höchstsatz - 3,5 fach
überdurchschnittliche Behandlung

Bis zum Regelhöchstsatz - 2,3 fach
Für die „normale“ Behandlung

1,0 bis 1,7 facher Satz
entspricht der GKV-Leistung

KLEINGEDRUCKTES

Wenn man auf bestimmte medizinische Maßnahmen oder Heil- bzw. Hilfsmittel zwingend angewiesen ist und diese nicht über die Krankenversicherung abgedeckt sind, kann sehr schnell die eigene Existenz auf dem Spiel stehen.

Beispiel Transportkosten
Jeder Versicherte kann in eine Situation kommen, in der er auf einen Krankentransport angewiesen ist, beispielsweise nach einem Unfall oder bei Gehunfähigkeit.

Auch im Falle einer langwierigen Behandlung während oder nach einer schweren Krankheit muss man häufig mehrmals in der Woche Krankentransporte z.B. zur Chemotherapie- oder Dialysebehandlung in Anspruch nehmen.

Die Kosten für die Transporte sind immens:

Kostenbeispiel Transportkosten:

» Taxikosten für Fahrten zur Dialyse **ca. 4.000 €**

» Transport im Hubschrauber nach Unfall **ca. 3.500 €**

Beispiel Prothesen
Es gibt unterschiedliche Ursachen die dazu führen können, dass man auf eine Prothese angewiesen ist. Das entscheidende hierbei, man selbst hat keinerlei Einfluss darauf. Ursachen können z.B. Diabetes, ein Unfall, Krebs, ein Hüftschaden oder Entzündungen sein.

Kostenbeispiel Prothesen:

» Hochwertige Armprothese **ca. 14.000 €**

» Hochwertige Beinprothese **ca. 18.000 €**

Beispiel Hör- und Sprachfähigkeit
Auch für einen Hörverlust oder eine Störung der Sprachfähigkeit kann es verschiedene Ursachen geben z.B. ein Schlaganfall, ein Unfall, Schädel-Hirn-Trauma, Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, ein Hörsturz, Tinitus.

Ein Hörgerät oder eine logopädische Behandlung sind in solchen Fällen unabdingbar, zum einen um die Lebensqualität wieder herzustellen bzw. eine Teilnahme am Berufsleben aufrecht zu erhalten. Und es kann richtig teuer werden:

Kostenbeispiele:

» Hochwertiges Hörgerät **ca. 6.000 €**

» Logopädie bei kontinuierlicher Behandlung **ca. 4.500 €**

BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG

...Leistungsfreiheit wird belohnt!

GELDZURÜCK!

Die meisten Privaten Krankenversicherer belohnen Ihre Kunden, wenn Sie keine Leistungen in Anspruch nehmen, sprich keine Rechnungen bei ihrem Versicherer einreichen. Dies nennt man Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit. Dabei spielt es keine Rolle ob Sie ärztliche Leistugnen in Anspruch nehmen, entscheidend ist lediglich, ob Sie die Rechnung einreichen.

Denn reicht ein Versicherter in einem Kalenderjahr keine Rechnungen ein, welche vom Versicherer erstattet werden müssen, erhält er dafür im Folgejahr eine Rückerstattung. Je nach Tarif und Versicherer kann die Erstattung **ein bis sechs** Monatsbeiträge betragen.

Deshalb sollten Sie, **bevor** Sie eine Rechnung einreichen, **immer** nachrechnen, ob es aufgrund einer möglichen Rückerstattung sinnvoller ist, die Rechnung aus eigener Tasche zu bezahlen. Bitte schauen Sie sich dazu die Rechenbeispiele auf der rechten Seite an.

INFO: Viele Krankenversicherer lassen das Thema Vorsorge hierbei außen vor, d.h. die Rückerstattung wird auch gezahlt, wenn Sie Rechnungen für Vorsorgeuntersuchungen einreichen.

Rechenbeispiel zur Beitragsrückerstattung:

Ein Privatversicherter zahlt einen Nettobeitrag für seine Krankenversicherung in Höhe von 350 € monatlich. Sein Tarif hat keine Selbstbeteiligung und sieht eine Rückerstattung von drei Monatsbeiträgen bei Leistungsfreiheit vor.

Der Versicherte geht zum Arzt und erhält eine Rechnung in Höhe von 200 €. Nun kann er die Rechnung entweder beim Versicherer einreichen oder er bezahlt sie aus eigener Tasche:

Er reicht die Rechnung ein	Er zahlt aus eigener Tasche
Der Versicherer erstattet 200 €	Der Versicherer erstattet 0 €
Seine Rückerstattung = 0 €	Seine Rückerstattung = 1.050 €
	Sein Vorteil = 850 €

„TABUTHEMA“?!

Warum ist es so wichtig, dass ein Krankenversicherungsschutz die Erstattung der Kosten für Psychotherapie abdeckt?

Die Antwort ist eigentlich ganz simpel: Weil es richtig teuer werden kann!

Es gibt viele Ereignisse die das Leben aus dem Gleichgewicht bringen können und auf die man selbst keinerlei Einfluss hat. Nach Unfällen, Schicksalsschlägen oder traumatischen Ereignissen ist man oftmals auf psychologische Hilfe angewiesen, um sein Leben wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Auch beruflicher Streß, welcher in der heutigen Zeit zur Normalität gehört, kann zum „Burn-Out“ führen.

In solchen Fällen ist es wichtig, dass die Krankenversicherung die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung erstattet - und wenn möglich ambulant und stationär. Denn wenn man auf psychologische Hilfe zwingend angewiesen und dies nicht über die Krankenversicherung abgedeckt ist, kann sehr schnell die eigene Existenz auf dem Spiel stehen.

Kostenbeispiele Psychotherapie:

Beispiel 1: Psychotrauma
Eine Behandlung erfordert 30 Sitzungen, welche ambulant durchgeführt werden. Die Kosten pro Sitzung belaufen sich auf 100 €. In diesem Fall würden sich die gesamten Kosten für die Beahndlung auf **3.000 €** belaufen.

Beispiel 2: Depressionen
Eine Behandlung erfordert einen zwei monatigen, stationären Aufenthalt. Die Kosten für diese Behandlung belaufen sich inkl. Unterkunft und medizinischen Aufwendungen auf **20.000 €**.

RÜCKSTELLUNGEN

Lohnt sich der Wechsel zu einem anderen Versicherer?

NICHT WECHSELN???

Viele Privat Versicherte denken: „Ich bin schon lange bei meiner Versicherung...wenn ich jetzt wechsel verliere ich meine Rückstellungen...und das wäre ja ganz schlimm, weil...wenn ich in Rente gehe senken diese meinen Beitrag!“

Die Frage ist, ist das wirklich so?

Was sind eigentlich „Rückstellungen“

Im Alter nehmen die Versicherten in der Regel häufiger Leistungen in Anspruch als in jungen Jahren. Dies ist jedoch schon in der Beitragsberechnung einkalkuliert. In jungen Jahren zahlen die Versicherten mehr als sie an Kosten verursachen, im Alter zahlen sie weniger als sie an Kosten verursachen. Die Differenz die somit in jungen Jahren entsteht fließt in die Alterungsrückstellung. Die im Alter entstehende Differenz wird dann durch die Entnahme aus die Rückstellungen finanziert (siehe Schaubild rechts).

Die Rückstellungen werden jedoch nicht wie oft vermutet, im Alter durch eine direkte Ausschüttung in Form einer monatlichen Beitragsreduzierung verwendet.

Wichtiges bei einem Wechsel der PKV

Die „Rückstellungen“ stellen kein individuelles Vertragsguthaben dar, sie „gehören dem Kollektiv“. Wechselt man also zu einem anderen Krankenversicherer verliert man nicht „seine Rückstellungen“.

Hat man als Kunde ein Angebot vorliegen, welches bei gleichen Leistungen günstiger ist, lohnt sich ein Wechsel, denn auch bei dem neuen Versicherer erwirbt man als Kunde ein Anrecht auf die gebildeten Altersrückstellungen.

RÜCKSTELLUNGEN

Modellrechnung

„Wie hoch sind eigentlich die gebildeten Rückstellungen?“. Konkret kann diese Frage nur der jeweilige Versicherer beantworten. Die meisten Kunden haben jedoch einen falschen Eindruck davon, wie hoch ihr Anspruch ist und denken, sie würden ein kleines Vermögen verlieren, wenn sie den Versicherer wechseln. Das dies nicht so ist möchten wir Ihnen anhand einer vereinfachten Modellrechnung veranschaulichen, in welcher wir von folgendem Szenario ausgehen:

Modellrechnung
Ein 49-jähriger Versicherter ist seit neun Jahren beim gleichen Krankenversicherer versichert und erhält ein Wechselangebot. Der ihm angebotene Tarif entspricht vom Leistungsumfang her seinem derzeitigen Tarif, der Beitrag ist jedoch 20 € im Monat günstiger. In unserer Modellrechnung gehen wir davon aus, dass sowohl beim derzeitigen als auch beim angebotenen Versicherer 5% des Tarifbeitrag zur Bildung vom Rückstellungen verwendet werden. Dies führt dann zu folgender, aktuellen Situation:

Aktuelle Situation

Derzeitige Krankenversicherung	
versichert seit Jahren:	9
Gesamtbeitrag heute:	500,00 €
- davon PVN:	30,00 €
- davon gesetzlicher Zuschlag:	47,00 €
= Tarifbeitrag	**423,00 €**
durchschn. jährliche Anpassung:	6%
bisher gebildete Rückstellungen:	**1.726,27 €**

Vorliegendes Angebot	
versichert seit Jahren:	-
Gesamtbeitrag heute:	480,00 €
- davon PVN:	34,00 €
- davon gesetzlicher Zuschlag:	44,60 €
= Tarifbeitrag	**401,40 €**
durchschn. jährliche Anpassung:	2%

Vergleicht man nun die Aufwendungen, welche der Versicherte unter Berücksichtigung von Beitragsanpassungen bis zum Alter 65 haben wird, gelangt man zu folgendem Ergebnis:

Hochrechnung bis Alter 65

Derzeitige Krankenversicherung	
Beitragssumme unter Berücksichtigung künftiger Anpassungen:	125.237 €
Alterungsrückstellungen die gebildet werden:	6.261 €

Vorliegendes Angebot	
Beitragssumme unter Berücksichtigung künftiger Anpassungen:	88.296 €
Alterungsrückstellungen die gebildet werden:	4.414 €
Ersparnis durch einen Wechsel:	**35.093 €**

Fazit: Hat man als Kunde ein Angebot vorliegen, welches bei gleichen Leistungen günstiger ist, kann sich ein Wechsel durchaus lohnen, selbst wenn man den bisher gebildeten Anspruch auf die Rückstellungen verliert. Denn auch bei dem neuen Versicherer erwirbt man als Kunde ein Anrecht auf die gebildeten Altersrückstellungen und profitiert ggf. zusätzlich durch eine deutlich besser Beitragsstabilität.

BILANZKENNZAHLEN

...wir bringen Licht ins Dunkle

LICHTBLICK

Bei der Wahl der richtigen Krankenversicherung sollte neben den versicherten Leistungen und dem Beitrag auch die finanzielle Situation des Versicherungsunternehmens berücksichtigt werden. Denn ein günstiger Beitrag ist toll, er sollte aber auch auf lange Sicht stabil bleiben und nicht überdurchschnittlich ansteigen.

Aber woher soll man wissen, wie sich ein Beitrag in Zukunft entwickeln wird, denn schließlich kann man ja nicht hellsehen? Eine Möglichkeit dazu bieten die Bilanzkennzahlen der Unternehmen. Durch sie lassen sich zwar keine konkreten Hochrechnungen eines Beitrags realisieren, sie geben aber zumindest eine Tendenz ab.

Hierbei sollte man aber nicht nur einzelne Kennzahlen des letzten Geschäftberichts betrachten, sondern es ist sinnvoll, die Kennzahlen zusammenhängend und über einen längeren Zeitraum unter die Lupe zu nehmen. Nur so lassen sich aufgrund von Werten der Vergangenheit, Prognosen für die Zukunft abgeben.

BILANZKENNZAHLEN

Auswertung 10-Jahres-Durchschnitt

FINCURAS

Nr.	Gesellschaft	RfB Quote	RfB-Zuf. Quote	Eigenkap. Quote	Netto-verzinsung	V.g.-Erg. Quote	Verw.kost. Quote	Schaden-Quote	Abschl.k. Quote
1	Allianz	28,0	9,6	10,3	4,5	9,9	3,1	79,3	7,7
2	Alte Oldenburger	32,2	**13,8**	18,4	4,5	**14,9**	1,7	75,9	7,5
3	ARAG	20,9	7,1	10,9	3,6	9,2	2,8	75,2	12,8
4	AXA	16,2	7,6	7,0	4,0	9,5	3,6	77,2	9,6
5	Barmenia	27,8	8,9	16,9	4,4	8,0	2,8	80,5	8,7
6	Bay. Beamten	14,5	5,7	12,7	4,6	6,9	2,5	83,4	7,1
7	Central	22,5	7,9	12,1	4,4	8,9	3,3	75,4	12,4
8	Concordia	32,7	12,2	18,4	3,0	12,6	3,6	71,2	12,6
9	Continentale	24,7	8,9	21,4	4,9	5,8	2,7	82,9	8,5
10	DBV	22,1	7,7	9,3	**5,0**	9,5	2,8	80,2	7,4
11	Debeka	38,2	12,0	8,8	**5,7**	7,6	**1,5**	86,5	**4,5**
12	Deutscher Ring	**40,6**	**12,9**	**27,5**	**4,9**	10,1	3,7	73,7	12,5
13	DKV	20,5	8,1	14,3	4,7	8,7	3,2	79,0	9,0
14	Gothaer	20,7	10,3	16,4	4,4	11,3	3,2	78,2	7,3
15	HALLESCHE	26,6	10,4	16,1	3,9	11,6	3,2	75,0	10,3
16	HanseMerkur	30,2	8,8	24,0	4,3	9,4	2,8	**69,3**	18,5
17	HUK-Coburg	15,4	7,5	10,2	4,3	6,5	**1,1**	87,7	**4,6**
18	Inter	30,5	7,7	**24,2**	4,0	7,7	4,5	76,4	11,4
19	LKH	**64,3**	**14,9**	21,0	4,0	**16,5**	1,7	78,5	**3,4**
20	LVM	**46,5**	12,3	13,5	3,4	12,8	2,7	75,3	9,2
21	Mannheimer	13,2	4,4	9,1	3,9	5,3	4,8	79,1	10,8
22	Münchener Verein	21,7	8,5	17,6	4,1	8,3	3,5	79,1	9,0
23	NÜRNBERGER	33,6	10,8	12,3	4,3	11,6	4,0	71,1	13,3
24	Pax-Familienf.	24,2	7,6	13,8	3,9	6,2	2,9	84,9	6,1
25	Provinzial	24,4	9,5	**26,0**	4,4	12,7	3,6	**68,5**	15,2
26	R+V	32,0	12,2	13,8	4,7	**13,7**	2,4	70,2	13,8
27	SDK	20,8	8,4	14,9	4,6	8,0	**1,4**	82,6	7,9
28	Signal Iduna	35,2	12,4	17,8	4,9	10,0	2,9	78,0	9,1
29	Union	20,6	8,4	13,3	4,4	9,5	2,8	75,7	12,1
30	Universa	19,4	8,2	19,0	4,5	9,1	3,4	78,0	9,5
31	Württembergische	21,1	8,7	15,5	4,0	7,0	6,0	**67,8**	20,4
	Branche	26,9	9,4	15,6	4,3	9,6	3,0	77,3	10,1

Alle Angaben ohne Gewähr.