

# 2010

PETER WOLNITZA GMBH

Peter Wolnitza



Gartenstrasse 51

61130 Nidderau

Telefon 06187 – 90 29 89

Telefax 06187 – 90 29 88

Email [info@wolnitza.de](mailto:info@wolnitza.de)

Internet [www.wolnitza.de](http://www.wolnitza.de)

## **[BEITRAGSANPASSUNG IN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG]**

Wie Sie es verhindern, vom Regen in die Traufe zu kommen.

## Was tun bei einer Beitragsanpassung?

Fast möchte ich beginnen mit: **Ruhe bewahren!!** Versuchen Sie, eine Entscheidung - wechseln oder nicht – strategisch zu planen und vorzubereiten. Wie das aussehen kann, schreibe ich weiter unten.

### Warum gibt es überhaupt Beitragsanpassungen (BAP)?

Beitragsanpassungen sind ärgerlich, kommen nahezu jedes Jahr, meist kurz vor Weihnachten und sorgen neben Ärger bei den Betroffenen auch für (zum Teil sehr hektische) Reaktionen und Wanderbewegungen im Markt.

Um es einmal klar zu sagen: Beitragsanpassungen sind wichtig und notwendig!

Werfen wir zum Vergleich einen kurzen Blick auf das System der gesetzlichen Krankenkassen: Hier gibt es mehrere Stellschrauben, an denen fleissig gedreht wird, wenn die Ausgaben mal wieder die Einnahmen übersteigen:

- Der prozentuale Beitragsatz wird erhöht (die politisch unbequemste!)
- Die Beitragsbemessungsgrenze wird erhöht (alle Jahre wieder!)
- Bisher beitragsfreie Einkunftsarten werden zur Bemessung herangezogen (fällt kaum auf!)
- Der Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds wird erhöht (zahlen wir alle!)
- Die Leistungen werden reduziert (die Übelste von allen, für die Betroffenen!)

Dieses ganze Horrorszzenario steht den privaten Krankenversicherern nicht zur Verfügung – auf gestiegene Ausgaben kann nur mit erhöhten Beiträgen reagiert werden, um Ausgaben und Einnahmen wieder ins Lot zu bringen. Es **muss** sogar so reagiert werden, denn nächstes und übernächstes Jahr sollen die notwendigen Behandlungen und Medikamente ja auch noch bezahlt werden können. Eine einseitige Leistungsreduzierung durch den Versicherer ist dagegen ausgeschlossen – Gott sei Dank!

Eine Beitragsanpassung alleine sagt auch nichts über die Qualität eines Versicherers oder seines Tarife aus! Tarife, die in den letzten Jahren sehr beitragsstabil waren, schieben evtl. einen erhöhten Anpassungsbedarf vor sich her – Sie geraten bei einem übereilten Wechsel unter Umständen vom Regen in die Traufe. Ein vermeintlich die ganzen Jahre über „teurer“ Versicherer entpuppt sich plötzlich als sehr beitragsstabiler, preiswerter Versicherer – er hat eben nicht auf knapp und billig kalkuliert, sondern von seinen vermeintlich „teuren“ Beiträgen entsprechende Rücklagen gebildet. Der Zinsezins Effekt lässt grüßen. Auch das Anpassungsverhalten der Gesellschaften ist unterschiedlich: Vereinfacht gesagt, erhöhen manche Versicherer, wenn die Ausgaben um 5% grösser sind als die Einnahmen. Andere tun dies erst bei 10%. Äußere Einflüsse spielen auch eine Rolle: Die Menschen werden älter, verursachen in den letzten Jahren erheblich mehr Kosten – deswegen schreibt der Gesetzgeber den Versicherungen vor, neue Sterbetafeln zu verwenden. Oder es wird vorgeschrieben, dass auf alle Beiträge zusätzlich ein Zuschlag von 10% für erhöhte Rückstellungen zu berechnen ist. All diese Faktoren führen zu den ungeliebten Beitragsanpassungen.

Also: Lassen Sie sich nicht bei der ersten Beitragsanpassung zu einem schnellen Wechsel in einen „billigeren und besseren Tarif“ überreden. Sind Sie allerdings über mehrere Jahre hinweg bei jeder Beitragsanpassung kräftig (= zweistelliger Prozentbereich) dabei gewesen, dürfen Sie Sie schon einmal darüber nachdenken, wo bei diesem Tarif „die Reise hingeh“ .

## Wie können Sie also eine strategische, langfristig richtige Entscheidung treffen?

Bevor Sie aber jetzt wegen einer BAP über einen Wechsel Ihres Krankenversicherers nachdenken, sollten Sie als erstes prüfen (lassen), ob der seinerzeit geschlossene Vertrag tatsächlich Ihren aktuellen Bedürfnissen entspricht.

Lassen Sie sich darüber informieren, WELCHE Leistungen auf dem Markt überhaupt erhältlich sind - dabei geht es um viel, viel mehr als die klassischen Fragen (Ein- oder Zweibettzimmer, Zahnersatz, Wieviel gibt's für die Zähne und die Brille etc.)

Entscheidender sind doch z.B. Fragen wie:

Können Sie bei manchen Tarifen damit leben, dass es Einschränkungen im Versicherungsschutz gibt, die Sie noch schlechter stellen, als wenn Sie Kassenpatient wären? Wissen Sie, ob das auf Ihren gewählten Tarif zutrifft?

Kennen Sie den Unterschied zwischen einem offenen und einem geschlossenen **Hilfsmittelkatalog**?  
Kennen Sie die daraus im Ernstfalle entstehenden finanziellen Folgen?

Wissen Sie, was mit **Primärarzt oder Hausarzt Prinzip** gemeint ist und welche finanziellen Fallstricke hinter diesen Begriffen lauern? Können Sie mit einem solchen Modell leben?

Wissen Sie welche unterschiedlichen Leistungsaussagen es zum Thema **gemischte Anstalten** gibt?  
Wie soll dort für Sie der Versicherungsschutz vertraglich geregelt sein?

Können Sie definitiv ausschliessen, dass Sie niemals längere Zeit im **Ausland** verbringen werden, dort evtl. Ihren Ruhestand verbringen, oder sich zu gezielten Behandlungen ins Ausland begeben werden?  
Sind solche Fälle in Ihrem Vertrag entsprechend geregelt?

Wie soll der Kostenblock **Psychotherapeutische Massnahmen** ambulant/stationär geregelt sein?

Wie soll der Bereich der gesamten **Prothetik** in den Vertragsbedingungen geregelt sein? Kennen Sie den Unterschied zwischen **Körperersatzstücken** und **Prothesen**?

Stichwort Familienplanung: Wie ist bei den einzelnen Versicherern die Möglichkeit der **Nachversicherung von Kindern** geregelt?

Wissen Sie, welche Kosten bei einer **Kur**, einer **Reha-Massnahme** oder einer **Anschlussheilbehandlung** entstehen können, und wer in Ihrem Falle die Kosten dafür übernimmt?

... Um hier nur einige der elementaren Kriterien bei der Auswahl einer Krankenversicherung zu nennen.

Wenn Sie über diese Dinge informiert worden sind, können Sie im nächsten Schritt entscheiden, welche dieser Kriterien für Sie von Bedeutung sind – also unbedingt in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein müssen und auf welche Punkte Sie ggfls. verzichten wollen/können.

Danach folgt die Auswahl des optimal zu Ihnen passenden Tarifes anhand des vertraglich festgelegten Leistungsumfanges. Hier wird ein guter Berater also versuchen, Ihre Wünsche und Vorstellungen mit den Möglichkeiten des Marktes in Einklang zu bringen. Eventuell ist das ja bei Ihrem bisherigen Tarif sogar der Fall – dann erscheint ein Wechsel aus dieser Sicht nicht unbedingt notwendig. Oder Sie können innerhalb Ihrer jetzigen Gesellschaft in einen anderen Tarif wechseln. Ist das nicht der Fall, müssen Sie entscheiden, ob Sie weiterhin mit diesen Einschränkungen leben können, oder ob nun doch ein Wechsel angestrebt wird.

Wichtig übrigens bei allen Vergleichen und Analysen: **Vertrauen Sie nur darauf, was Schwarz auf Weiss in den Vertragsbedingungen steht!** Nur auf das, was dort geschrieben steht, haben Sie einen **auch zukünftig garantierten und notfalls einklagbaren Rechtsanspruch!**

Ignorieren Sie - in Ihrem eigenen Interesse - Aussagen wie : „das haben wir in der Vergangenheit doch auch geleistet“ oder „da finden wir im Ernstfall immer eine Lösung für unsere Kunden, wir lassen Sie nicht im Regen stehen.“

Wenn der oder die in Frage kommenden Tarife für Sie gefunden sind, geht es darum, heraus zu finden, ob Sie dort überhaupt versichert werden können. Ein guter Berater wird dies bereits schon im Vorfeld mit den Gesellschaften abklären – in Form einer sog. Risikovorabfrage. Dies bedingt natürlich, dass Sie vorab die erforderlichen Angaben zum Gesundheitszustand zur Verfügung stellen.

Nachdem auch das geklärt ist, können Sie bei der Gesellschaft Ihrer Wahl einen Antrag auf Krankenversicherung in dem gewünschten Tarif stellen.

Erst nach Bestätigung und Policierung durch den neuen Versicherer sollten Sie den alten Vertrag kündigen.

Das ist, grob umrissen, wie ein Wechsel einer privaten Krankenversicherung erfolgen kann. Sie sehen, dass für eine längerfristig vernünftige Auswahl der geeigneten Krankenversicherung schon ein gewisser Zeitraum notwendig ist – deshalb beschäftigen Sie sich frühzeitig mit dem Thema – nicht erst dann, wenn das Erhöhungsschreiben der Gesellschaft auf dem Tisch liegt.

Zusätzlich gilt es, eine Reihe von anderen Dingen zu prüfen und zu beachten, die ich im Folgenden nur kurz anreissen möchte. Im Bedarfsfall muss so etwas immer individuell besprochen werden:

### **Welche Fristen sind zu beachten?**

Nach Erhalt der schriftlichen Information über eine BAP haben Sie vier Wochen Zeit, Ihren Krankenversicherungsvertrag schriftlich zu kündigen, wenn Sie das wollen. Die Kündigung erfolgt zu dem Zeitpunkt, an dem die Beitragsanpassung wirksam werden soll. Damit die Kündigung wirksam wird, muss (i.d.R. innerhalb der 4 Wochen) auch eine Bestätigung des neuen Versicherers bei der alten Gesellschaft vorgelegt werden. (Auswirkung der Versicherungspflicht).

### **Gibt es erneute Wartezeiten?**

In der Regel nicht, beim nahtlosen Übergang von einer PKV zur anderen verzichten die meisten Gesellschaften auf die Wartezeiten. Zu beachten ist jedoch, dass unter Umständen Zahnstaffeln erneut zu durchlaufen sind, bevor ein voller Leistungsanspruch besteht.

## **Was ist mit den sog. Alterungsrückstellungen?**

Hier muss unterschieden werden zwischen Tarifen der **alten Generation** und der **neuen Generation**. Bei Tarifen, die vor dem 01.01.2009 begonnen haben, ist es so, dass keine Alterungsrückstellungen zum neuen Versicherer mitgenommen werden können. Sie verbleiben im Versichertenkollektiv. Tarife die ab dem 01.01.2009 abgeschlossen wurden, sehen vor, dass Sie bei einem Wechsel zu einer anderen Gesellschaft den Teil Ihrer Alterungsrückstellungen mitnehmen, die dem sog. Basistarif entsprechen. Also auch hier ergeben sich keine „Reichtümer“.

Natürlich ist es ärgerlich, wenn man sich vorstellt, bei einem Wechsel diese Alterungsrückstellungen zu verlieren. Aber: Was hilft Ihnen eine Alterungsrückstellung von mehreren Tausend Euro, wenn der Tarif Deckungslücken aufweist, die das Vielfache betragen. Sie haben keine Möglichkeit, im Fall des Falles darauf zu zugreifen, sondern müssen eine nicht versicherte Leistung aus eigener Tasche zahlen.

Zusammenfassend lässt sich also sagen: Der Leistungsumfang, das „Kleingedruckte“ macht die Qualität einer privaten Krankenversicherung aus – nicht der Beitrag oder die Höhe der bisherigen Alterungsrückstellungen.

## **Ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich?**

Normalerweise ist keine ärztliche Untersuchung erforderlich, es reicht aus, wenn Sie im Antrag die Gesundheitsfragen wahrheitsgemäss beantworten.

## **Zusammenfassung:**

Eine Beitragsanpassung alleine ist kein Grund, seine private Krankenversicherung zu wechseln.

Wenn Sie dennoch aus den o.g. Gründen einen Wechsel anstreben, gehen Sie strategisch und geplant vor. Beginnen Sie frühzeitig, Informationen einzuholen, lassen Sie sich kompetent beraten. Auf meiner Internetseite erfahren Sie frühzeitig, wenn bei Ihrem Versicherer eine Beitragsanpassung ansteht : [Klicken Sie hier](#)

Wägen Sie das Für und Wider in Ruhe ab, lassen Sie sich dabei nicht unter Zeitdruck setzen, es geht darum, eine Krankenversicherung zu finden, die sie idealerweise Ihr ganzes, weiteres Leben begleitet!

Nur so stellen Sie sicher, dass Sie bei einm Wechsel eben nicht „vom Regen in die Traufe“ geraten.

Sie haben weitere Fragen? Ich helfe Ihnen gerne weiter.