

Riskanter Sprung

Stark steigende Kassenbeiträge machen den Wechsel in die private Krankenversicherung attraktiver. Die Werbesprüche der Anbieter sind allerdings mit Vorsicht zu genießen.

Die Gesundheitsreform scheint einen klaren Gewinner zu haben – den Privatpatienten. Der zahlt nun doch keinen Sonderbeitrag, soll bald leichter zwischen verschiedenen Anbietern wechseln können. Und bei Bedarf sogar in die Gesetzliche zurückkehren dürfen.

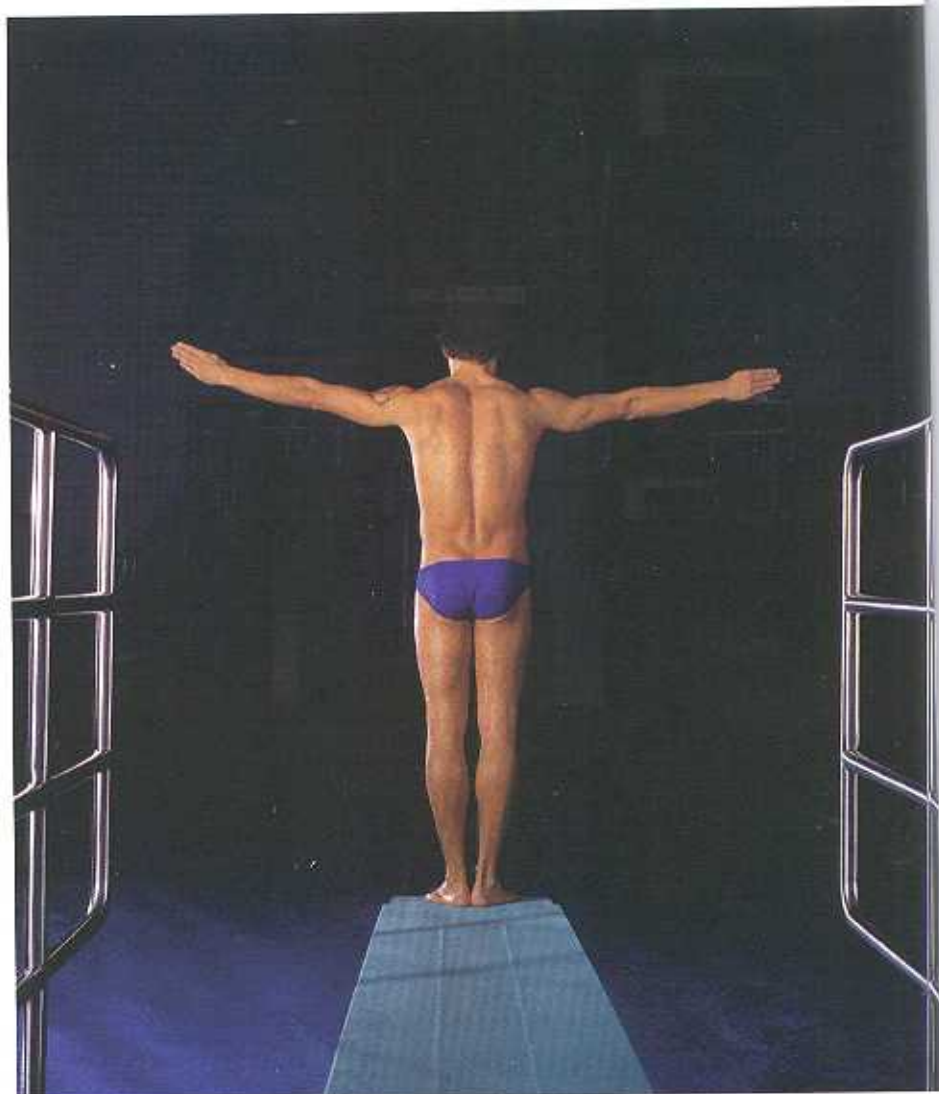
Deren Versicherte dagegen werden nächstes Jahr 0,5 Prozentpunkte mehr zahlen müssen, Tendenz: weiter steigend. Und wie sich der Leistungskatalog von AOK, BKK & Co. entwickelt, ist ungewiss. „Damit erscheint freiwilligen Kassenmitgliedern die private Krankenversicherung noch lukrativer“, sagt der gerichtlich zugelassene Versicherungsberater Rüdiger Falken aus Hamburg.

Diesen Eindruck verstärken die pauschalen Versprechen der Versicherungswerbung und vieler Vermittler nach Kräften. Es lohnt allerdings, die einschlägigen Angebote auf Herz und Nieren zu prüfen. Dies gilt vor allem für die folgenden vier Thesen, mit denen die Privatversicherer die Umstiegswilligen typischerweise ködern.

» Die private Krankenversicherung (PKV) ist günstiger. «

Stimmt längst nicht immer, denn die Höhe des Monatsbeitrages hängt von vielen Faktoren ab: Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand beim Eintritt, Zahl der Kinder sowie der Versichertenstatus des Ehepartners – und den jeweiligen Vertragsbedingungen. Generell gilt: Je jünger der Kandidat bei Eintritt in die Private, desto günstiger der Monatsbeitrag. Frauen zahlen mehr als Männer.

Wer als Single eintritt und später eine Familie gründet, muss seinen Nachwuchs meist gegen zusätzlichen Beitrag privat versichern, im Schnitt sind das rund 120 Euro pro Monat. Selbst wenn der andere, weniger verdienende Eltern-



Wagnis. Wer in die private Krankenversicherung wechselt, nimmt schwer kalkulierbare Prämienhöhungen in Kauf.

teil in der Kasse geblieben ist, besteht dort kein Anspruch auf kostenlose Mitversicherung der Kinder. Der 50-prozentige Arbeitgeberzuschuss zur privaten Krankenversicherung (2006: maximal 237 Euro pro Monat) reicht dann für den Schutz der Familie oft nicht mehr aus.

Sogar für vermeintliche Zipperlein verlangen die Gesellschaften häufig ärgerliche Zuschläge: Schon wenige Wochen Heuschnupfen im Jahr werden zu Beitragstreibern, ebenso Muskelverspannungen, für die Massagen verordnet werden. Als weitere Kostenfälle erweisen sich oft die anfangs vereinbarten Selbstbeteiligungen. Die Gesellschaften dürfen diese ebenso anheben wie den Beitrag selbst. Und: Eigenanteile zahlen sich nur aus, solange der Versicherte gesund ist. Wer später ihre Höhe reduzieren will, muss für zwischenzeitlich aufgetretene Krankheiten oder Beschwerden Zuschläge oder Leistungsausschlüsse in Kauf nehmen.

Mit besonders happigen Anpassungen müssen Versicherte etwa zehn Jahre nach PKV-Eintritt rechnen, also meist zwischen 40 und 55 Jahren. Dies ergibt sich aus den altersbedingt steigenden Behandlungskosten und versicherungsmathematischen Gepflogenheiten. „Um dies zu kompensieren, sollten Privatversicherte mindestens 50 Prozent der Summe, die sie zunächst durch den Umstieg sparen, für Erhöhungen im Alter anlegen“, empfiehlt Versicherungsberater Stefan Albers aus Montabaur.

» Leistungen können in der PKV nicht gekürzt werden. «

Stimmt nicht. Mit Hilfe eines selbst bestellten Treuhänders dürfen Unternehmen ihre Versicherungsbedingungen einseitig ändern.

Beispielsweise schränkten in 2003/04 etliche Gesellschaften, wie Axa, Barmenia oder Huk, Konditionen so ein, dass sie Luxusbehandlungen nicht mehr bezahlen müssen. Hintergrund: Der Bundesgerichtshof verurteilte in 2003 den Krankenversicherer Deutscher Ring, die Kosten für eine Operation in einer teuren orthopädischen Klinik zu übernehmen. Mittlerweile spart die Assekuranz selbst bei gängigen Leistungen. „Einige

Versicherer lehnen häufig Kostenerstattung für Brillen, Massagen, Krankengymnastik und Zahnersatz ab“, berichtet Berater Falken. Sie behaupten, dass solche Leistungen nicht medizinisch notwendig seien, im Sinne von Paragraph 1 ihrer Musterbedingungen.

Teils stellen Gesellschaften auch die preisliche Angemessenheit oder den Leistungsumfang infrage, etwa bei Laborrechnungen für Zahnersatz oder Verordnungen für Krankengymnastik. „Wer nicht auf Kosten sitzen bleiben will, muss hartnäckig sein und seinen Tarif im Detail kennen“, sagt Versicherungsberater Albers. Oft ist es sinnvoll, einen unabhängigen Berater einzuschalten (Adressen unter www.bvbb.de).

Manche Unternehmen werben mit Beitragsrückerstattungen (BRE). Sie zahlen bis zu einem Monatsbeitrag zurück, wenn Kunden ein Jahr lang keine einzige Rechnung einreichen. Vorsorgeuntersuchungen sind meist ausgenommen. Ist der Anspruch auf eine BRE aber nicht in den Bedingungen verbrieft, kann der Versicherer jedes Jahr aufs Neue entscheiden, ob und wie viel er erstattet.

» Die Private zahlt alle Behandlungen. «

Stimmt nicht, entscheidend sind die Details des Vertrages. Sieht der zum Beispiel vor, dass für Zahn-Inlays nicht geleistet wird, muss der Kunde diese aus dem eigenen Portemonnaie zahlen.

Gerade bei Policen mit sehr niedrigen Monatsbeiträgen rät Falken: „Unbedingt die Tarifleistungen prüfen lassen und mit der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichen.“

Während der Vertragslaufzeit tritt häufig ein weiteres Problem auf: Der Versicherer wirft dem Kunden vor, dass er im Antrag die Gesundheitsfragen nicht wahrheitsgemäß beantwortet hat – im Fachjargon Obliegenheitspflichtverletzung genannt. Die Unternehmen verweigern dann die Kostenübernahme für erfolgte Therapien und drohen mit Kündigung, falls der Kunde keinen Risikozuschlag akzeptiert. „Gut die Hälfte der Anträge, in denen alle Gesundheitsfragen mit Nein beantwortet wurden, sind

vom späteren Rücktritt des Versicherers bedroht“, warnt Wolfgang Scholl, Referent Versicherungen des Verbraucherzentrale Bundesverbands in Berlin.

» Die Private ist besser kalkulierbar als die Gesetzliche. «

Auch dies stimmt nicht. Beitragserhöhungen hängen von Faktoren ab, die der einzelne Kunde nicht beeinflussen kann. Etwa wenn die Erträge der Kapitalanlagen fallen, der Staat die Rahmenbedingungen ändert, die Zahl der Neukunden sinkt oder die Lebenserwartung der Versicherten steigt. Oder das Unternehmen auf Zuschläge für Vorerkrankungen verzichtet, um mehr neue Kunden zu gewinnen.

Beispielsweise verordnet die Regierungskoalition Kassenmitgliedern, die erst jetzt die Versicherungspflichtgrenze überspringen – derzeit 3937,50 Euro brutto im Monat –, eine Denkpause. Wer bis 3. Juli dieses Jahres nicht privat versichert war, darf erst wechseln, wenn er die Grenze drei Jahre in Folge überschreitet. Dies dürfte den Zustrom an Neukunden stark eindämmen, was mittelfristig höhere Beiträge zur Folge hätte. Daher wollen die privaten Krankenversicherer gegen dieses Detail klagen.

Zudem muss sich zeigen, wie die Politik ihre Versprechen einlöst. Insbesondere, ob tatsächlich alle Kunden ihre Altersrückstellungen beim Wechsel zwischen privaten Versicherern mitnehmen können. Bei Altkunden hält die Branche dies für nicht durchführbar: Ihre rund 105 Milliarden Euro Rückstellungen sind nicht einzelnen Kunden zugeordnet, sondern dem Kollektiv. Deshalb müssen derzeit Wechsler ihr Kapitalpolster dem Kollektiv schenken und stabilisieren so die Beiträge der Verbleibenden. Dürften sie ihre Polster mitnehmen, stiegen die Beiträge allein dadurch um fünf Prozent, schätzt Herbert Grohe, Vorstandsmitglied des Marktführers Debeka. Andere Experten gehen vom Dreifachen aus.

Diskussionsbedarf. Kassenpatienten haben also mit dem PKV-Vertreter eine Menge zu besprechen, ehe sie einen Vertrag unterzeichnen. □

Barbara Bank