

Erfahrungsbericht private Krankenversicherung.

Daten

Autor: Torsten Montag

Version: 1.0

Download unter:

<http://www.gruenderlexikon.de/download/ebooks/Erfahrungsbericht-private-Krankenversicherung.pdf>

Inhaltsverzeichnis

Ein Unternehmer packt aus, was keine private Krankenversicherung schreibt!.....	3
Eine private Krankenversicherung ist toll – solange man sie nicht braucht	5
Probleme der privaten Krankenversicherung, über die niemand spricht....	7
Noch mehr negative Seiten der privaten Krankenversicherung.....	9
Warum eine private Krankenversicherung doch oft auch eine gute Wahl ist	11
Mein persönliches Fazit zur privaten Krankenversicherung.....	13

Ein Unternehmer packt aus, was keine private Krankenversicherung schreibt!

Das Internet ist voll von tollen Geschichten und Artikeln über die **private Krankenversicherung**. Das überrascht auch nicht, wenn man bedenkt, wie hoch die **Provisionen** sind, die für die **Vermittlung von neuen PKV-Kunden** gezahlt werden. Da wird natürlich versucht, die Leser möglichst zu einer Anfrage zu bewegen – und dies erreicht man nun einmal naturgemäß am ehesten mit positiven Berichten.

Ich möchte heute einmal einen **echten Erfahrungsbericht** aus meiner eigenen Erfahrung heraus für Sie niederschreiben, der auch einmal die Aspekte anspricht, die von den privaten Krankenversicherungen und ihren Vermittlern und Maklern gerne einmal verschwiegen werden.

Meine Vorgeschichte

Ich habe mich 2004 als Existenzgründungs- und Unternehmensberater selbstständig gemacht. Bereits von Anfang an war für mich klar, dass ich mich ab diesem Zeitpunkt in der privaten Krankenversicherung versichern wollte. Ich war damals 27 Jahre alt und die private Krankenversicherung war für mich immer mit Ansehen und Prestige verbunden. Deshalb habe ich mich damals mehr aus jugendlicher Dummheit denn aus sachlichen Gründen dazu verleiten lassen, mich privat zu versichern.

Zum 1. März 2005 startete ich bei der DKV (Deutsche Krankenversicherung) mit einem Tarif, der jede Menge attraktive Leistungen bot, unter anderem ein **Krankentagegeld** in Höhe von 40 Euro ab dem 29. Krankheitstag, **freie Facharztwahl**, Kur usw. Die Kosten dafür beliefen sich auf 193,30 Euro, was mir damals recht günstig erschien. Es handelte sich dabei um einen speziellen Tarif für die neuen Bundesländer. Wenig später versuchte die DKV, mich zum Wechsel zu einem anderen Tarif zu bewegen, doch ohne Erfolg. Vermutlich stiegen deshalb in den folgenden Jahren die Beiträge ziemlich stark an.

Meine „Krankheitsgeschichte“

Abgesehen von **Heuschnupfen**, der sich jedes Jahr vor allem von April bis August bemerkbar macht, hatte ich eigentlich vor der privaten Krankenversicherung nie medizinische Probleme. Die **Gesundheitsprüfung** bei der DKV hielt sich sehr in Grenzen. Die Vertreterin damals beschränkte sich darauf, nur ein paar vereinzelte Punkte abzufragen und so wurde mir schließlich nur für die Allergie ein Risikoaufschlag auferlegt. Die Tabletten, die ich während der Pollensaison gegen den Heuschnupfen nahm, hat die Krankenversicherung immer anstandslos bezahlt.

In der folgenden Zeit war ich zweimal beim Arzt. Einmal um Magenprobleme abklären zu lassen und einmal um mir Massagen verschreiben lassen, die ich aber weniger wegen einem kaputten Rücken, sondern mehr wegen **stressbedingter Verspannungen** gebraucht hätte. Der Arzt ließ sich damals allerdings dazu hinreißen, in seiner Diagnose etwas über Rückenbeschwerden zu erwähnen – dies sollte sich später als Verhängnis herausstellen.

Zu ersten Problemen kam es wenig später – doch lesen Sie selbst im nächsten Kapitel!

Eine private Krankenversicherung ist toll – solange man sie nicht braucht

Anfang 2008 wollte ich die Versicherung wechseln, nachdem die DKV mehrere Male ihre Beiträge enorm erhöht hatte. Der beauftragte Makler klärte mich auch schnell auf, dass die **DKV zu den teuersten PKV** gehöre und dass ich ähnliche Leistungen **wesentlich günstiger** haben könne. Dies war auch so: Ich wechselte zur Universa Krankenversicherung, die, um einige Zusatzbestandteile erweitert, schließlich recht ähnliche Leistungen aufwies wie die Versicherung bei der DKV. Ich zahlte jetzt nur noch 227,24 Euro (bei der DKV zuletzt 269,09 Euro).

Leider musste ich bei Universa die komplette **Gesundheitsprüfung** durchlaufen und dabei kam natürlich nicht nur mein Heuschnupfen auf den Tisch, sondern auch der Magen und der Rücken. Plötzlich hatte ich einen Risikozuschlag von 60 bis 70 Euro im Monat zu zahlen. Dennoch war der Beitrag um Welten günstiger als der DKV-Beitrag, also war der Wechsel beschlossene Sache.

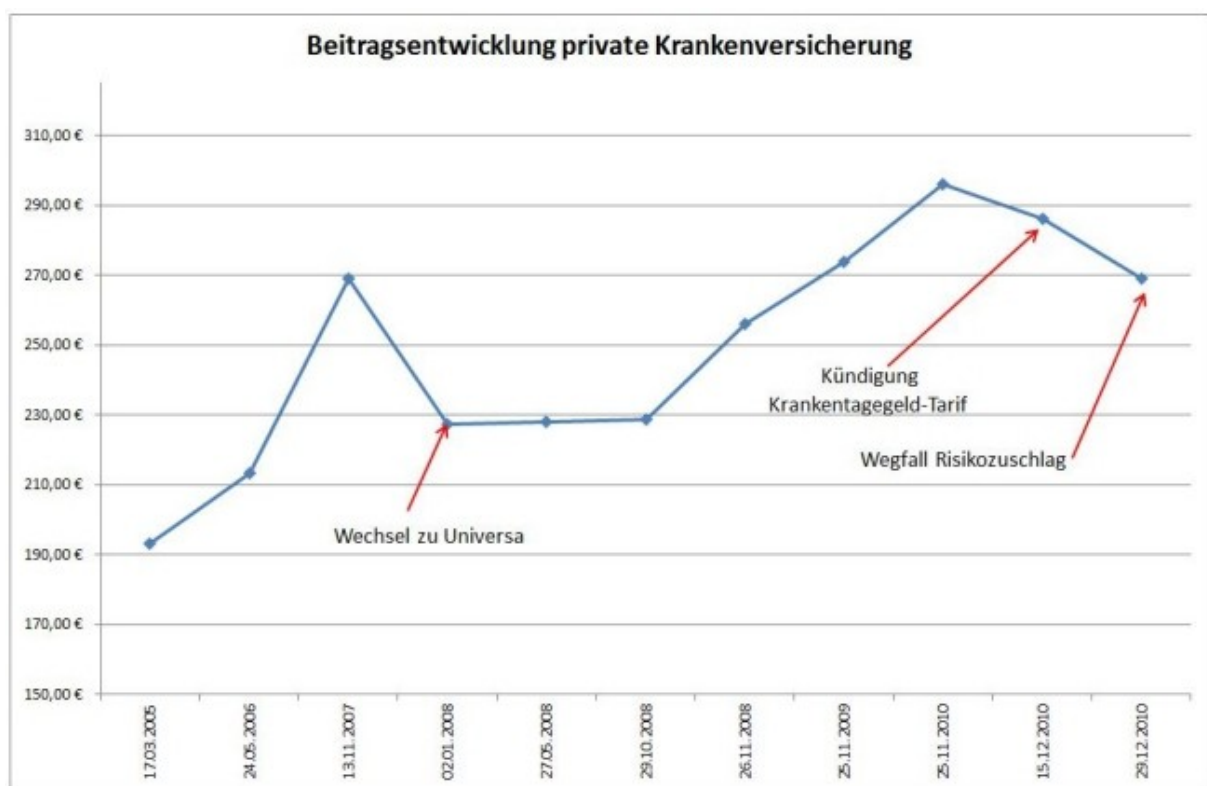
Wehe, wenn man die Versicherung braucht

Einige Zeit nach dem Wechsel strebte ich eine Sensibilisierung an, um den Heuschnupfen endgültig loszuwerden. Ich entschied mich für eine relativ teure Tablettenkur, die je nach Länge der Saison rund 800 bis 1.200 Euro kostete. Die Rechnungen wurden anstandslos von der Universa übernommen.

Plötzlich sah ich mich aber mit einem Schreiben konfrontiert, dass die Sensibilisierung gar nicht von meinem Tarif abgedeckt sei und man nicht nur die **Kostenübernahme** einstellen, sondern auch die bereits erstatteten Beträge zurückhaben wolle. Der Tarif decke nur Kosten ab, die durch die Folgen des Heuschnupfens entstünden, nicht aber Kosten für vorbeugende Maßnahmen. Ich konnte die Versicherung zwar davon überzeugen, auf die **Rückforderung** zu verzichten, musste die Sensibilisierung künftig aber auf eigene Kosten weiterführen. Durch eine Umstellung auf ein anderes Präparat zahlte ich dann immerhin nur noch 400 bis 800 Euro, je nach Länge der Pollensaison.

Wie ihr mir, so ich euch

Nun, nachdem die Krankenversicherung bei mir sparen wollte, entschied ich mich, auch bei ihr zu sparen. Zuerst nahm ich mir das **Krankentagegeld** vor. Brauche ich wirklich ein Krankentagegeld? Bei genauerer Betrachtung eigentlich nicht, denn immerhin verdiene ich meinen Lebensunterhalt hauptsächlich mit Websites und die arbeiten auch einmal ein paar Tage ohne mich. Wenn ich für längere Zeit krank würde, würden 40 Euro Krankentagegeld ohnehin nicht reichen, um den Lebensunterhalt komplett zu decken. Also habe ich den Tarif für das Krankentagegeld gekündigt. Dies ergab eine Ersparnis von immerhin 9,84 Euro im Monat.



Außerdem hatte ich nach zwei Jahren zum ersten Mal die Möglichkeit, den **Risikoaufschlag** für die Rückenprobleme prüfen zu lassen. Nach dem entsprechenden Antrag wurde der **Risikozuschlag** gestrichen, weil ich nie wieder Rechnungen wegen Rückenproblemen eingereicht hatte. Dies brachte eine weitere Ersparnis von 17,12 Euro im Monat. Heute liegt mein monatlicher Beitrag bei 268,93 Euro.

Sie kennen nun meine Situation. Im nächsten Kapitel wollen wir uns nun einmal eingehender mit meinen negativen Erfahrungen und Beobachtungen befassen, die ich im Laufe der Jahre meiner **Mitgliedschaft in der PKV** sammeln konnte.

Probleme der privaten Krankenversicherung, über die niemand spricht

Nun konnte ich im Laufe der Jahre bereits einige Erfahrungen mit der **privaten Krankenversicherung** sammeln, von denen sicherlich nicht beileibe alle positiv waren. Im Folgenden schildere ich die Probleme der PKV, die ich immer als am schlimmsten empfand.

1. Gesundheitsprüfung beim Wechsel

Ich habe ja bereits geschildert, dass ich beim Wechsel zur Universa mit **Risikoaufschlägen** bedacht wurde, weil ich zuvor mehrere Male einen Arzt aufgesucht hatte. Das Problem ist: Diese Aufschläge können eigentlich mit **jedem Wechsel** nur noch mehr werden, da sich ja im Laufe der Zeit im Regelfall immer mehr Arztbesuche anhäufen. Das bedeutet: Auch wenn man erfolgreich wechselt und danach vielleicht trotz neuen Risikoaufschlägen sogar einen günstigeren Beitrag zahlt, steigen die Beiträge zukünftig tendenziell schneller an, da die Risikozuschläge ja immer **prozentual vom Normalbeitrag** berechnet werden. Jede Beitragserhöhung macht sich dann doppelt bemerkbar.

2. Befangenheit der Vermittler

Eine private Krankenversicherung wird meist über einen **Vermittler oder einen Makler** abgeschlossen. Es ist also immer eine **Provision** mit im Spiel. Diese Provision macht den Makler allerdings befangen, denn er kann **nicht unabhängig** das Beste für den Kunden heraussuchen, sondern ist automatisch aus Gewinnstreben immer daran orientiert, die Lösung zu finden, die sich auf seinem Kontoauszug positiv bemerkbar macht. Dies ist bei der gesetzlichen Krankenversicherung gewöhnlich nicht zu befürchten, denn den normalen Sachbearbeiter am Schreibtisch interessiert es wenig, ob es nun einen Versicherten mehr oder weniger gibt – für ihn persönlich macht es keinen Unterschied.

3. Enormer verwaltungstechnischer Aufwand

Jeder Arzt schickt nach dem Termin eine Rechnung. In den meisten Fällen handelt es sich glücklicherweise um kleinere Beträge. Wenn sich die Rechnungen allerdings häufen – gerade wenn **Kinder und evtl. der Ehepartner mitversichert** sind – artet diese Vorgehensweise schnell in lästige Zeitverschwendung aus, und davon hat man als gestresster Unternehmer in der Regel ohnehin schon nicht genug. **Daueraufträge** sind aufgrund der Unregelmäßigkeit der Forderungen nicht möglich und das **Lastschriftverfahren** ist den meisten Ärzten nicht einmal bekannt (geschweige denn, dass sie es nutzen würden).

Sie dachten, das wäre schon alles? Nein, leider geht es im nächsten Kapitel dieses E-Books munter mit den nächsten Problemen der PKV weiter.

Noch mehr negative Seiten der privaten Krankenversicherung

Auch in diesem Artikel dreht sich wieder alles rund um die negativen Aspekte, die man mit einer privaten Krankenversicherung quasi „mit einkauft“.

4. Der psychologische Druck

Mit der privaten Krankenversicherung ist für mich auch immer ein gewisser **psychologischer Effekt** verbunden. Mein Gefühl sagt mir, die Versicherung wird mit fortschreitender Vertragslaufzeit immer teurer werden, während die gesetzliche Krankenversicherung besonders im Alter immer günstiger wird. Ständig nagen die Zweifel an einem, ob man sich wohl später **die Beiträge noch leisten** kann und ob man im Fall der Fälle in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder aufgenommen werden würde. Mit diesem Druck kann man nur umgehen, wenn man sich seiner Sache entweder sehr sicher ist oder bereits jetzt **Rücklagen für die Finanzierung** der Krankenversicherung im Alter bildet.

5. Unvorteilhafte Zusatzangebote

Der vierte Punkt ist auch gleich die perfekte Basis für das folgende Problem: Die Versicherungen wissen um diese Befürchtungen der Kunden und nutzen diese Situation schamlos aus. Da flattern plötzlich **Zusatztarife** ins Haus, mit denen man dieser Misere angeblich entkommen soll.

Ein Beispiel

Ich soll jetzt monatlich einen Aufschlag von 15 Euro monatlich bezahlen und erhalte dafür ab dem 65. Lebensjahr einen Abschlag in Höhe von 50 Euro. Das sieht doch auf den ersten Blick gut aus. Doch machen wir die Rechenprobe: Angenommen, ich würde ab sofort für 31 Jahre (bis ich 65 Jahre alt bin) monatlich 15 Euro zu nur 4 Prozent Zinsen anlegen. Dann hätte ich am Ende ein Kapital von rund 11.000 Euro. Mit **11.000 Euro** könnte ich diese 50 Euro Ersparnis bereits für über 18 Jahre finanzieren – bis dahin wäre ich schon 83 Jahre alt.

Besonders interessant werden solche „tollen“ Angebote übrigens dadurch, dass sie oft **ohne zusätzliche Gesundheitsprüfung** verfügbar sind – das macht sie natürlich für Versicherte mit medizinischer Vorgeschichte (und einer Handvoll Zukunftsängsten) außerordentlich attraktiv.

6. Einmal Vorkasse, bitte!

In der **privaten Krankenversicherung** zahlt man ja zunächst einmal seine **Arztrechnungen** und reicht diese entweder gleich oder gesammelt später bei der PKV zur Erstattung ein. So oder so geht man immer erst einmal in Vorleistung und streckt das Geld für den Arzt vor. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Honorare direkt der Krankenversicherung belastet und gar nicht erst dem Patienten berechnet.

7. Zu wenig Aufklärung

Welche Leistungen ein Tarif im Detail umfasst, überprüfen die wenigsten Privatversicherten. Man legt sein Augenmerk auf solche Aspekte wie „freie Facharztwahl“, „**Chefarztbehandlung**“ oder „**Einbettzimmer**“. Aber eine Aufklärung hinsichtlich des Behandlungsumfangs in Bezug auf die eigene Krankheitsvorgeschichte erfolgt gewöhnlich nicht – weder durch den Makler noch durch die Versicherung selbst. Welche Leistungen nicht versichert sind, erfährt man meist erst, wenn man sie in Anspruch nehmen möchte und die **Kostenübernahme** dann abgelehnt wird.

Nun möchte ich aber nicht den Eindruck erwecken, als wäre alles an der PKV schlecht – immerhin bin ich ja immer noch so versichert. Im nächsten Artikel zeige ich Ihnen, welche **Vorzüge die PKV** in meiner Situation hatte und immer noch hat.

Warum eine private Krankenversicherung doch oft auch eine gute Wahl ist

Wie so ziemlich alles im Leben hat die **private Krankenversicherung** nicht nur schlechte Seiten – sie ist mir natürlich auch in vielen Lebenslagen sehr nützlich. Im Folgenden die **wichtigsten Gründe**, warum ich mit meiner Wahl, mich privat zu versichern, im Endeffekt doch **zufrieden** bin:

1. Schnelle Termine

Es gibt Ärzte, denen ist es egal, wie ein Patient versichert ist. Doch bei den meisten Ärzten – und dies gilt besonders für Fachärzte – werden **Privatversicherte** immer noch **gerne bevorzugt** behandelt. Der Grund dafür ist einfach: Die Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung werden immer weiter beschnitten und bei einem Privatpatienten kann der Arzt für dieselbe Leistung wie bei einem Kassenpatienten ein **Vielfaches der Grundgebühr** berechnen. Ein Arzt, der wirklich gut verdienen möchte, ist daher auf Privatpatienten beinahe angewiesen und räumt ihnen daher gerne das eine oder andere **Privileg** ein.

Wenn ich heute bei einem Arzt um einen Termin bitte, werden **wochenlange Wartezeiten** plötzlich so verkürzt, dass ich übermorgen vorbeikommen kann. In einem eben noch ausgebuchten Terminkalender wird ganz kurzfristig noch ein Termin frei. Dies ist ein sehr komfortabler Zustand, besonders wenn man gerade ein akutes Leiden hat.

2. Kürzere Wartezeiten

Viele Ärzte haben spezielle **Sprechstunden für Privatversicherte**, damit die Wartezeiten für sie möglichst gering ausfallen. Aber auch ohne solche Privatsprechstunden fallen die Wartezeiten für Privatversicherte in der Regel wesentlich kürzer aus. Und ein Arztbesuch wird doch wesentlich erträglicher, wenn man vorher nicht auch noch drei Stunden mit hustenden Patienten im Wartezimmer sitzen muss.

3. Direkte Facharztwahl möglich

Die **direkte Facharztwahl** ist eine Annehmlichkeit, die in meinen bisherigen Tarifen der PKV immer enthalten war. Das bedeutet, dass ich jederzeit zu dem Facharzt gehen kann, den ich gerade für richtig halte, ohne vorher dem Hausarzt einen unnötigen Besuch abstatten zu müssen. Da man für diese Leistung extra bezahlen muss, ist es zwar kein grundsätzlicher Vorteil der privaten Krankenversicherung, aber in meiner Situation ist es absolut erwähnenswert.

4. Keine Praxisgebühr

Gesetzlich Versicherte zahlen in jedem Quartal 10 Euro **Praxisgebühr**, wenn sie ihren Arzt aufsuchen und für Zahnarztbesuche weitere 10 Euro. Angenommen, in jedem Quartal stünde je mindestens ein Besuch beim Allgemein- und beim Zahnarzt auf dem Programm, wären dies schon 80 Euro im Jahr. Diese Gebühren fallen bei der Privatversicherung nicht an.

5. Ersparnis

Eine Sache ist Fakt: Wenn man jung und relativ gesund die Möglichkeit hat, in die private Krankenversicherung zu wechseln, steigt man gewöhnlich recht günstig ein. Die Beiträge liegen dann meist **wesentlich unter den Beträgen der gesetzlichen Krankenversicherung**.

Dementsprechend spart man sich viel Geld. Wenn man sein Leben lang privat versichert bleiben möchte, sollte man diese Ersparnis allerdings dazu nutzen, um ein Finanzpolster anzulegen. Im Alter nämlich sinkt das Einkommen naturgemäß wieder, aber die Beiträge der PKV bleiben teuer bzw. steigen sogar allmählich immer weiter an.

6. Keine unerwarteten Zuzahlungen

In der **gesetzlichen Krankenversicherung** werden inzwischen sehr **viele Zuzahlungen** fällig (z. B. zu Medikamenten oder zum Zahnersatz). Die Versicherten können sich zudem kaum wehren, wenn immer mehr solcher Zuzahlungen eingeführt werden. In der privaten Krankenversicherung gibt es solche Zuzahlungen zwar bisweilen auch, aber sie hängen vom gewählten Tarif ab und können auch nicht ohne weiteres einseitig von der Versicherung auferlegt werden.

7. „Bessere“ Medikamente für Privatversicherte

Privatversicherte erhalten leichter ein Rezept für ein „**Markenmedikament**“ als ein gesetzlich Versicherter. Letztere erhalten häufig nur ein Rezept für ein Billigpräparat, die nur mit demselben Wirkstoff arbeiten.

Mein persönliches Fazit zur privaten Krankenversicherung

Insgesamt ist die private Krankenversicherung sicherlich keine schlechte Sache. Die **Nachteile**, von denen es ja nun mehr als reichlich gibt, sind nicht annähernd so schwerwiegend, wenn man sie kennt und darauf vorbereitet ist. Die **Vorteile** dagegen lassen sich kaum bestreiten. Eine Sache ist jedoch für mich immer allgegenwärtig, wenn es um die PKV geht: mein persönlicher „Kopfkrieg“.

Die psychologische Seite

Meine Erfahrung hat mir ja gezeigt, dass sich **Arztbesuche** beim nächsten Versicherungswechsel als **sehr negativ** herausstellen können. Was macht also mein Unterbewusstsein mit mir? Es bewegt mich automatisch dazu, weniger zum Arzt zu gehen. Da werden Arztbesuche, die nicht unbedingt erforderlich sind, verschoben und so mancher, der eigentlich nötig gewesen wäre, ganz ausgelassen. Und das nur, damit in der Versicherungsakte keine negativen Aspekte auftauchen, die später zu einem **Risikoaufschlag** führen könnten.

Zusätzlich neige ich dazu, besonders die **kleineren Rechnungen** gar nicht erst einzureichen, sondern gleich selbst zu bezahlen. Auf diese Weise tauchen sie bei der Versicherung natürlich auch nicht auf. Doch ist das wirklich der Sinn meiner teuren privaten Krankenversicherung? Eigentlich nicht, würde ich wohl meinen – doch wer kommt schon gegen sein Unterbewusstsein an.

„Angst“ vor der Zukunft

„Angst“ ist vielleicht etwas hochgegriffen, aber doch ist es stets so, dass ich mir Gedanken darüber mache, ob ich mir meine **private Krankenversicherung** später noch leisten können werde. Ob es wirklich die richtige Entscheidung war, mich privat zu versichern, werde ich wohl erst wesentlich später herausfinden können und dann ist es für eine **Rückkehr in die GKV** unter Umständen bereits zu spät.

Andererseits kann ich meine Bedenken dann immer wieder ganz gut beruhigen, denn eines scheint auch mehr oder weniger sicher zu sein: Das **Gesundheitssystem** der gesetzlichen Krankenversicherung, wie es heute besteht, wird langfristig nicht weiter bestehen können, da die Finanzierung längst nur noch auf wackligen Beinen steht. Dementsprechend wird in Zukunft in diesem Bereich immer mehr mit **privaten Zusatzversicherungen** gearbeitet werden müssen, um wirklich eine gute Absicherung sicherzustellen – gut, dass ich schon heute eine **private Vollversicherung** habe.

Trotzdem: Die Gedanken lassen sich leider nie ganz abschalten!