

Grundlagen & Informationen für die Auswahl einer Privaten Krankenversicherung (PKV)

Zusammengefasst von Thomas Schösser
Versicherungsmakler für PKV, BU und Rentenversicherung
Email: info@pkv-inhalte.de - Homepage www.pkv-inhalte.de



Die folgenden Seiten bieten allgemeine Basisinformationen rund um das Thema der Privaten Krankenvollversicherung (PKV) für versicherungsfreie Angestellte, sowie für Freiberufler und Selbstständige. Dieses E-Book kann natürlich keine individuelle Beratung ersetzen. Vielmehr versorgt es Sie mit Grundwissen für das erste Beratungsgespräch rund um das Gebiet der PKV.

Inhaltsverzeichnis

1. Einige Systemunterschiede zwischen GKV und PKV
2. Grundlegendes zur Privaten Krankenversicherung (PKV)
3. Leistungskernbereiche eines Privaten Krankenversicherungsvertrages
4. Auswahlkriterien und Betrachtungsweisen zur PKV
5. Bilanzkennzahlen, Geschäftsergebnisse und historische Beitragsentwicklungen
6. Kalkulation der Privaten Krankenversicherung
7. Wie funktioniert ein Wechsel in eine PKV?
8. Tarifstrukturen und Selbstbeteiligungsvarianten in der PKV
9. Kinderversicherung
10. Beitragsrückerstattung
11. Pflegepflichtversicherung und Absicherung von Pflegekosten
12. Gesamtkonzept: PKV, Krankentagegeld-, Pflegeergänzungs- und Berufsunfähigkeitsversicherung

...mehr über den Autor Thomas Schösser

1. Einige Systemunterschiede zwischen GKV und PKV

Pflicht zur Krankenversicherung

Mit der Gesundheitsreform im Jahr 2007 sollte mit der Pflicht zur Krankenversicherung sichergestellt werden, dass jede Person, die in Deutschland lebt und einen Wohnsitz dort hat, krankenversichert ist. Wer seinen Versicherungsschutz verloren hat, sollte wieder die Möglichkeit haben eine Krankenversicherung zu erhalten. Dies gilt sowohl für die gesetzliche, als auch für die private Krankenversicherung. Grundgedanke der Regierung ist dabei, dass Jeder, der die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, sich krankenversichern muss. Allerdings gibt es auch weiterhin diverse Konstellationen und Personengruppen, bei denen die Krankenversicherungspflicht nicht gilt.

Die Umsetzung der Pflicht zur Versicherung wurde für die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) im April 2007, und für die privaten Krankenversicherungen (PKV) ab 01.01.2009 eingeführt. Dies war auch der Startschuss für den sogenannten Basistarif in der Privaten Krankenversicherung. Personen, die nicht versichert sind, müssen zunächst prüfen, welchem System sie zuzuordnen sind (GKV oder PKV). Für beide gelten unterschiedliche Regelungen, auf die ich hier nicht näher eingehen werde...

Leider gibt es heute trotz der gesetzlichen Änderung immer noch viele Menschen, die keine Krankenversicherung haben.

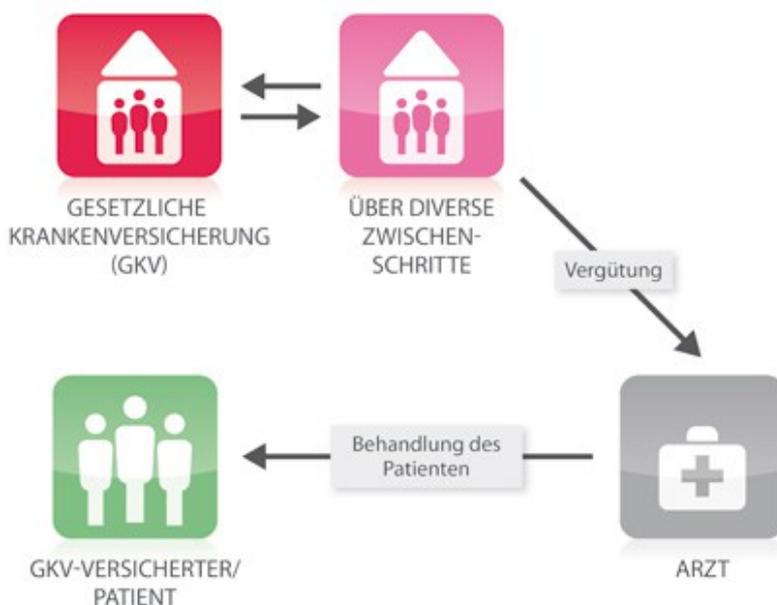
Grundsätzliches zu den Systemen GKV und PKV:

Vor dem möglichen Wechsel in eine Private Krankenversicherung (PKV) sollten Ihnen die Unterschiede der beiden grundsätzlich verschiedenen Systeme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „Sachleistungsprinzip“ und der PKV „Kostenerstattungsprinzip“ bekannt sein. Dabei sei gesagt, dass beide Systeme Vor- als auch Nachteile haben.

Ein generelles „besseres System“ kann es daher nicht geben. Die Wahl zwischen privater oder gesetzlicher Krankenversicherung ist deshalb immer eine individuelle Entscheidung, die unter Abwägung aller Pro und Contras erfolgen muss. Einige der aus meiner Sicht wichtigsten Unterschiede zeige ich Ihnen in nun auf den folgenden Seiten näher auf.

Das System der **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** folgt dem **Sachleistungsprinzip**. Kraft Gesetz haben GKV-Versicherte Anspruch auf bestimmte Leistungen des Sozialgesetzbuches (SGB). Einfach ausgedrückt heißt das, Sie können sich im Rahmen der gesetzlich hinterlegten Leistungen, Satzungsleistungen und ggf. **kassenindividuelle Mehrleistung** Ihrer Krankenkasse behandeln lassen. Hierbei handelt es sich aber nicht um einen privatrechtlichen Vertrag. **Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen sind nicht dauerhaft garantiert** und wurden in der Vergangenheit bereits Änderungen unterworfen. Eine heute selbstverständliche Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist also für die Zukunft nicht garantiert.

Der Behandler, also z.B. ein Arzt, erhält dann für die Behandlung eines gesetzlich Versicherten von der gesetzlichen Krankenversicherung über diverse Zwischenschritte seine Vergütung. Ein gesetzlich Versicherter bekommt also in der Regel nichts von der Abrechnung zwischen Arzt und Krankenkasse mit.



Krankenhäuser und Ärzte müssen mit einem komplexen Abrechnungsschema, welches an z.B. **Fallpauschalen, Budgets, Festbeträge** und teilweise strenge Richtlinien gebunden ist, abrechnen. Mit dem **Gebot der Wirtschaftlichkeit**, geregelt unter anderem in den §§ 12 oder 92 des fünften Sozialgesetzbuches, werden die Kassen und Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser etc.) auf Grund der **begrenzten Budgets** und anderer Einschränkungen immer mehr dazu gedrängt, nicht das medizinisch Beste, sondern die **wirtschaftlichste(n) Behandlung / Medikamente** zu verwenden.

Dabei kann es dem Arzt z.B. passieren, dass er aufgrund der Budgetüberschreitung für eine Behandlung eines seiner Patienten unter Umständen in Regress genommen wird, und u.U. Geld zurückzahlen muss.

**Hierzu einige kurze Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V)
„Gesetzliche Krankenversicherung“ Stand 19.11.2019**

„§12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die **Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein**; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. **Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind**, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem **Festbetrag**. [...]"

„§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der **Gemeinsame Bundesausschuss beschließt** die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und **wirtschaftliche** Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; **er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist.** [...]"

...Natürlich gibt es auch Bereiche, in denen die gesetzliche Krankenversicherung zur Zeit durchaus bessere Leistungen vorsieht als die meisten Privaten Krankenversicherungen bieten. Zum Beispiel beim Thema Haushaltshilfe, bei Rehabilitationsmaßnahmen, Entziehungsmaßnahmen oder dem Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes...

Allerdings ist die Betrachtung der **gesetzlichen Krankenversicherung** immer nur eine **Momentaufnahme**, da durch gesetzliche Änderungen der Leistungsrahmen in Zukunft auch reduziert werden kann. Heutige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind also, wie bereits erwähnt, für die Zukunft NICHT garantiert.

Die **Finanzierung des GKV-Systems** funktioniert mit der sogenannten **solidarischen Finanzierung** (§3 SGB V) „Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch **Beiträge** finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach dem **beitragspflichtigen Einnahmen** der Mitglieder richten. Natürlich bietet die **GKV** für bestimmte Konstellationen auch **Vorteile gegenüber einer Privaten Krankenversicherung**. Vor allem beim Thema der **beitragsfreien Versicherung von Kindern**. Dazu später aber mehr im Kapitel 9. „Kinderversicherung“...

Seit dem Jahr 2009 wurde zur Finanzierung des GKV-Systems zusätzlich der sogenannte **Gesundheitsfonds** eingeführt. Neben den Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern fließt ein Bundeszuschuss aus Steuergeldern in den **Gesundheitsfonds**, der wiederum das Geld an die vielen gesetzlichen Krankenversicherungen nach einem komplexem Schema verteilt. Hierbei wird unter anderem betrachtet, wie viele Versicherte der einzelnen gesetzlichen Kasse bestimmte Krankheiten haben.

Für bestimmte Krankheits-Diagnosen gibt es verschieden hohe Zuschüsse aus dem Gesundheitsfonds für die gesetzliche Krankenversicherung. Das System der GKV funktioniert nach dem **Umlageverfahren**, dies bedeutet, dass mit den Einnahmen die Kosten aller Versicherten gedeckt werden. Rücklagen für **steigende Gesundheitskosten, längere Lebenserwartung** sowie **medizinischen Fortschritt** werden nur in sehr geringem Umfang gebildet. In der GKV besteht auch ein Zusammenhang im Bezug auf den demographischen Wandel, denn jüngere Versicherte bezahlen mitunter auch die Kosten der älteren Versicherten. Dies kann durchaus zu einem Problem führen, wenn es wesentlich mehr ältere als jüngere Menschen gibt.

Auch **sinkende Einkommen** oder die allgemeine **Arbeitsmarktsituation** haben Auswirkungen auf das GKV-System. Bei **sinkender Beschäftigungszahl** sinkt auch die Zahl der Beitragszahler. Die Leistungen müssen jedoch, trotz sinkender Einnahmen weiterhin aus dem System erstattet werden. Der **Gesundheitszustand** des Mitglieds ist **für die Aufnahme in das GKV-System** oder für die Höhe des Beitrags **nicht von Bedeutung**. Die Erhöhung der **Beitragssätze** sowie der **Beitragsbemessungsgrenze**, die **Reduzierung des Leistungskatalogs** der GKV, die Einführung des Gesundheitsfonds sind einige Versuche, welche ergriffen werden, um das System finanzierbar zu halten.

2. Grundlegendes zur Privaten Krankenversicherung (PKV)

Der Privatpatient schließt einen **privatrechtlichen Versicherungsvertrag** mit einem Privaten Krankenversicherer ab, welcher zukünftige Krankheitskosten im Rahmen der vertraglich hinterlegten Leistungen erstattet. Der Kunde eines privaten Krankenversicherungsvertrages **bezahlt hierfür direkt an das Private Krankenversicherungsunternehmen einen Beitrag**. Über die Kalkulation, Zusammensetzung und Vereinbarung des Beitrags für den Privaten Krankenversicherungsvertrag (Versicherungsprämie) mehr im Kapitel 6 und 7b).

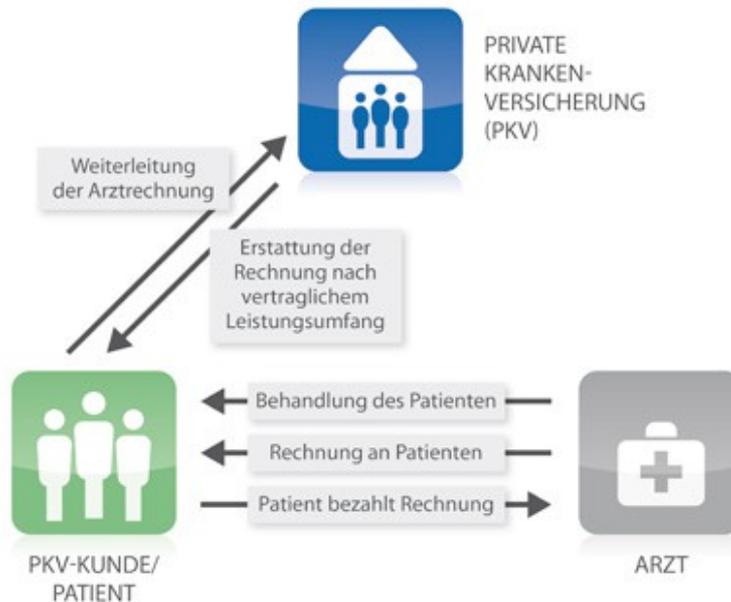
Ein **wesentlicher Unterschied** zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ist nun, dass die **Leistungsinhalte** der gewählten PKV-Tarife **nicht einseitig** vom Versicherer **reduziert werden können**.

Der Arzt kann Ihnen nun, die für **Sie beste, modernste Behandlung**, Medikamentenverordnung usw. bieten, denn **Ärzte haben mit Ihrer Krankenversicherung kein Vertragsverhältnis**.

Für seine Behandlung schickt er Ihnen als Privatpatient eine Rechnung, welche Sie, wenn korrekt ausgestellt, begleichen müssen. Man könnte sagen: **Privatpatienten sind Selbstzahler** ihrer Krankheitskostenrechnungen. **Was** nun von Ihrer Privaten Krankenversicherung **erstattet wird**, liegt daran, was im privaten Krankenversicherungsvertrag **versichert ist**. Für den Arzt ist nicht relevant, ob der private Krankenversicherer die Rechnung bezahlt oder nicht (Ausnahmen kann es aber für einige Ärzte im sogenannten Basistarif geben).

Der Arzt behandelt den Privatpatienten nach dessen Wünschen. Natürlich sind in Deutschland auch hier gewisse Abrechnungsrichtlinien, wie z.B. der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte gegeben. Darüber hinaus können aber auch sogenannte Honorarvereinbarungen getroffen werden. Somit kann der Arzt auch über diverse Höchstsätze abrechnen. Solch einer Honorarvereinbarung muss der Patienten in Deutschland allerdings zustimmen. Im Ausland gelten dagegen andere Regelungen...

KOSTENERSTATTUNGSPRINZIP PKV



Eine **unüberlegte Wahl** der Krankenversicherung kann im **Leistungsfall** deshalb sehr schnell zu unangenehmen Überraschungen führen, wenn der Versicherer eben **NICHT** alles bezahlt, was man vielleicht als selbstverständlichen Inhalt des Leistungskatalogs annahm.

Der Kunde hat **nur einen Rechtsanspruch auf die Leistungen**, welche in den Vertragsbedingungen seiner Privaten Krankenversicherung, hinterlegt sind. Zudem gibt es **keine Garantie**, dass der Versicherer Kulenzen (freiwillige Zahlungen) auch noch in 10, 20 oder 30 Jahren erstattet. Verpflichtet ist er dazu nämlich nicht.

Die tägliche Vergleichspraxis von Privaten Krankenversicherungen

In der Praxis wird oft die Wahl der privaten Krankenversicherung mit **nur 4 Parametern** bestimmt (z.B. Einbettzimmer im Krankenhaus, keine Selbstbeteiligung, Zahnersatz 75%, Leistung für Heilpraktiker). Nach dieser Auswahl verbleiben immer noch etwas mehr als **25 Gesellschaften** mit meistens wiederum mehreren **Tarifvariationen**. Dabei liegt die **Preisspanne** zwischen den Tarifen bei teilweise **mehreren hundert Euro**.

Verglichen mit einem Hauskauf würde das im übertragenen Sinn bedeuten, Sie haben folgende Ansprüche an Ihr Domizil: Fundament und Dach sollte vorhanden sein, Gasheizung, Fenster, Türen sowie Terrasse sollten nicht fehlen.

Dabei wird schnell klar, das es noch **viel mehr Inhalte bzw. Parameter** geben muss, welche einen Versicherungsschutz teurer oder günstiger machen.

3. Leistungs-Kern-Bereiche eines Privaten Krankenversicherungsvertrages

Hier eine kleine beispielhafte Auswahl von **Leistungs-Kern-Bereichen**, der privaten Krankenversicherung in denen sich die am Markt vorhandenen Tarife elementar voneinander unterscheiden können (keine abschließende Aufzählung):

- Allgemeiner Geltungsbereich des Vertrages und der Zusatzversicherungen, wie z.B. der Pflegeergänzungs- oder Krankentagegeldversicherung usw.
- Versicherungsschutz im Ausland (Rückreisefristen, Kostenbeschränkung usw.)
- Hilfsmittelkatalog (z.B. Insulinpumpen, Krankenfahrstühle, Hörgeräte usw.)
- Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik usw.)
- Psychotherapie ambulant und stationär
- Erstattung von Transportkosten (z.B. Fahrten zur Dialysebehandlung)
- Gemischte Anstalten / Anschlussheilbehandlung / Reha
- Leistungen für Kuren
- Erstattungsfähige Kosten im Krankenhaus bzw. versicherte Krankenanstalten
- Vorsorgeuntersuchungen / Impfungen
- Zahnbehandlung /- ersatz und Kieferorthopädie
- Kindernachversicherung
- Bedingungsgemäße Tarif- und Selbstbehalts-Wechselmöglichkeiten
- Versicherte Honorare für Ärzte und andere Behandler innerhalb Deutschlands
- Versicherte Honorare für Ärzte im Ausland
- Versicherte Behandler
- Zeitweise Beitragsbefreiungen des Vertrags (z.B. bei Elternzeit, Pflegebedürftigkeit usw.)
- Kriegs- und Terrorereignisse
- Beitragsrückerstattung
- Leistungen für alternative Heilmethoden und Heilpraktiker
- Möglichkeit der Arztwahl im Krankenhaus
- Obliegenheiten des Versicherungsnehmers
- Ausschlüsse bzw. Einschränkungen der Leistungen
- Inhalte der Krankentagegeldversicherung
- Inhalte der Pflegeergänzungsversicherung

...um ein paar zu nennen...

Bei diesen genannten Punkten handelt es sich um **Oberbegriffe**, die natürlich wiederum **im Detail weiter vertieft werden können**. Somit ergeben sich zu diesen Kernbereichen eine Vielzahl an **Differenzierungs- und Auswahlmöglichkeiten**, welche bei der Beurteilung eines Tarifs von Bedeutung sein können und häufig nur bei genauerem hinsehen im sogenannten „**Kleingedruckten**“, sprich im Bedingungsmerk zu entdecken sind.

Diejenigen, welche sich **zum ersten mal mit den Thema Leistungen in der PKV beschäftigen**, finden in der [Blogserie von Thomas Schösser einige Formulierungsbeispielen aus Versicherungs-Bedingungen](#) und einen dazugehörigen **Fragebogen**, der als eine Art „roter Faden“ und **Vorbereitungshilfe** für ein erstes Beratungsgespräch verwendet werden kann.

4. Auswahlkriterien und Betrachtungsweisen zur PKV

Welche Versicherung ist denn nun gut?

Diese Frage wird von Interessenten einer Privaten Krankenversicherung häufig gestellt. Dabei ist zu bemerken, dass diese Fragestellung an sich eigentlich schon falsch ist. „Gut“ ist relativ. **Was ist gut?** Geben Sie sich z.B. mit einem **„geschlossenen Hilfsmittelkatalog“** (Hilfsmittel sind z.B. orthopädische Schuhe, Stützhilfen, Prothesen, Insulinpumpen, Hörgeräte usw.) zufrieden? Manche Versicherungsnehmer tun das, manche nicht. Für einige ist eine generelle Begrenzung der **Behandlungstage** einer **stationären Psychotherapie** ausreichend, für andere eben nicht. Gut und nicht gut wird durch die Ansprüche definiert, welche man an den Versicherungsschutz stellt.

Zudem müsste die Formulierung **„Welche Versicherung“** mit **„Welcher Tarif“** ersetzt werden. Viele Versicherungsunternehmen bieten nämlich mehrere Tarife an, welche sich in den versicherten Leistungen unterscheiden.

Subjektive und Objektive Betrachtungen?

In der Praxis ist es oft so, dass die Wahl der Krankenversicherung rein nach subjektiven Betrachtungsweisen erfolgt. Beispielsweise werden Freunde oder Arbeitskollegen gefragt, welche dann meinen, gut versichert zu sein und dies auch überzeugt weitergeben.

Nur welche Leistungen haben Sie bisher erhalten? Können diese auch genau über Ihren **Vertragsinhalt** Auskunft geben? Wissen diese z.B. welche **unterschiedlichen Bedingungstexte am Markt** u.a. für die Themen „gemischte Anstalten“, „Transportkosten“, „Hilfsmittel“ oder „Anschlussheilbehandlung“ **zu erhalten sind?** Frei nach dem Motto „Meine Krankenversicherung hat bisher alles bezahlt!“ - aber bezahlt Sie auch in Zukunft „alles“ ?
Fakt ist: KEIN privater Krankenversicherungstarif bezahlt „alles“ oder hat automatisch bessere Leistungsinhalte als die GKV (gesetzliche Krankenversicherung)

Oft ist es so, dass **vermeintlich günstige Tarife plötzlich richtig teuer werden können**, wenn man aufgrund einer Erkrankung Medikamente oder Behandlungen benötigt, aber die Kosten hierfür von der Versicherung nicht erstattet werden.

Der **„PKV-Ombudsmann“** ist eine außergerichtliche Schlichtungsstelle zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer. Sein Tätigkeitsbericht enthält viele Praxisbeispiele für diverse Streitigkeiten zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer im Bereich der Privaten Krankenversicherung.

Fachartikel, Ratings und Bestnoten

Oft wird ein Tarif nur deshalb vom Kunden oder Berater gewählt, weil ein „Test“ für diesen gut ausgefallen ist. Man muss sich jedoch immer fragen, was denn die Kriterien für die Bewertung waren. Vielleicht sind die darin enthaltenen Punkte für Sie überhaupt nicht von Bedeutung? Oder es wurden die für Sie wichtigen Punkte überhaupt nicht berücksichtigt?

Schlagwörter wie „gutes Preis- /Leistungsverhältnis“ oder „gute Beitragsstabilität“ sowie „gute Leistung“ sind relativ.

Ich habe noch nie gehört oder gesehen, dass ein Kunde nach Vertragsabschluss eine schriftliche Bestätigung dafür erhält, dass der Beitrag seines Tarifs innerhalb der nächsten 20 Jahren nur leicht ansteigen wird oder stabil bleibt. Dagegen erhält jeder Versicherungsnehmer **Bedingungen**, welche regeln, was versichert ist und was nicht.

Ein **Rating kann** nach meiner Auffassung **keine fundierte individuelle Beratung ersetzen**.

Mein [kritischer Kommentar zum PKV-Test der Finanztestausgabe Mai 2014](#) finden Sie hier (link).

Einige Auswahlkriterien zur privaten Krankenversicherung

Neben den gesetzlichen Grundlagen regeln die Versicherungsbedingungen einer Privaten Krankenversicherung, oft zusammengesetzt durch die Vertragsbedingungen / Tarifbedingungen sowie dem Tarif und ggf. weiteren Zusätzen (z.B. Sachkostenlisten), was genau wie versichert ist. Was an Leistungen in Teil I des Vertrages noch eingeschlossen ist, kann in einem anderen Abschnitt bzw. Bedingungsteil vom Versicherer wieder ausgeschlossen oder mit Einschränkungen versehen werden.

Natürlich gibt es auch hier gesetzliche Vorgaben, zum Beispiel auf Grundlage des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). In weiten Teilen aber können Leistungen nach dem **Prinzip der freien Vertragsgestaltung** zwischen Versicherer und Kunde vereinbart werden.

Um zu erfassen, was laut Bedingungen wie genau mitversichert ist, bzw. was nicht versichert ist, muss **das komplette Bedingungsnetzwerk** gelesen und analysiert werden. Es reicht definitiv nicht aus, sich beispielsweise nur den Bedingungsinhalt eines Tarifs anzusehen.

Manche Versicherer sind dazu übergegangen anstatt zwei allgemeine Bedingungsteile, dem Vertragswerk nur noch einen zusammengefassten allgemeinen Teil zu Grunde zu legen. Achten Sie aber auch hier auf eventuelle Sachkostenlisten, Heilmittellisten und dergleichen, die zu den Bedingungen gehören.

Einige Kriterien, in denen sich viele Private Krankenversicherungen voneinander unterscheiden (beispielhafte, nicht vollständige Aufzählung):

Bis zu welcher Höhe sind **Honorare für Ärzte** und andere Behandler versichert? Bis zum Höchstsatz der GOÄ / GOZ, oder auch darüber hinaus? Sieht der Tarif eine Bindung an deutsche Gebührenordnungen im Ausland vor?

Hilfsmittelkataloge sind bei den Versicherern sehr unterschiedlich ausgestaltet. Wird eine „offene“ Formulierung oder zumindest auf eine großzügige Aufzählung angeboten? Sind „lebenserhaltende Hilfsmittel“ versichert? Gibt es Hinweise wie z.B. „in einfacher Ausführung“ oder „in angemessener Ausführung“? Beliebte Hilfsmittel wie Brillenleistungen sollten nicht an erster Stelle stehen, denn die Aufwendungen hierfür sind vergleichsweise gering.

Eine **Psychotherapie** kann sehr teuer werden. Achten Sie besonders im stationären Bereich, ob Einschränkungen des Versicherungsschutzes, beispielsweise eine Begrenzung der Behandlungstage, prozentuale Beteiligungen etc. vorhanden sind.

Welche **Heilmittel** (Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Podologie usw.) sind wie genau versichert? Werden auch die Aufwendungen von staatlich anerkannten Heilhilfsberufe erstattet?

Auf **Limitierungen** sollte geachtet werden, z.B. „Maximal € 2.500,- pro Jahr für die Erstattung von Heilmittel“. Vielleicht sind Sie heute mit einer Beschränkung einverstanden. Bitte beachten Sie jedoch, dass durch die Inflation der Wert ständig abnimmt.

Transportkosten können nur eingeschränkt mitversichert sein. Die Definition „Transporte“ ist natürlich umfangreicher als nur „Fahrten“. Achten Sie auf Kilometerbeschränkungen und den Einschluss von Notfällen oder bestimmter Krankheiten, bei denen ein Transport notwendig sein könnte (Dialyse, Chemotherapie usw.). Achten Sie auch auf die Bedingungen zur Erstattung von Rückreisekosten aus dem Ausland.

Wie sehen die Regelungen für den **Wegzug ins Ausland** aus? Kann der Versicherungsschutz, z.B. bei **Verlegung des Arbeitsplatzes** nach USA oder in die Schweiz, übernommen werden? Wie ist die Beschreibung des „gewöhnlichen Aufenthalts“ definiert? Besteht Versicherungsschutz nur für vorübergehende Auslandsaufenthalte und ist die Regulierung der Honorare höchstens auf die Leistungen, welche im Inland erbracht werden müssen, begrenzt?

Welche Regelungen sieht der Versicherer bei einem stationärem Aufenthalt in einer „**Gemischten Anstalt**“ vor?

Kinder können nach der Geburt in den meisten Tarifen nur den gleichen Versicherungsschutz wählen wie Sie. Denken Sie immer ein wenig in die Zukunft. Achten Sie darauf, ob der Versicherer eine Möglichkeit zur Reduzierung der tariflichen Selbstbeteiligung im Bedingungswerk verankert hat, und ob auch ein anderer Versicherungsschutz wie der des versicherten Elternteils ohne Risikoprüfung gewählt werden kann.

Auch im Bereich der **Zahnleistungen** gibt es viele Unterschiede. Achten Sie darauf, ob eine Zahnstaffel hinterlegt ist und wie diese ausgestaltet ist. Beschränkt sie sich nur auf die Zahnersatzleistungen oder findet sie auch bei den Zahnbehandlungskosten Anwendung? Entfällt diese bei einem Unfall? Neben der Zahnstaffel gibt es auch Tarife mit jährlichen Summenbegrenzungen. Achten Sie auf Einschränkungen bei kieferorthopädische Behandlungen, wie beispielsweise Altersbegrenzungen.

Durchleuchten Sie die in den Bedingungen genannten "**Einschränkungen der Leistungspflicht**" sowie die Obliegenheiten.

...und so weiter...

Grundsätzlich sollten Sie darauf achten, so wenig wie möglich Interpretations-Freiraum für eine Formulierung zuzulassen. Je genauer und **unmissverständlicher ein Bedingungstext** ausgestaltet ist, desto rechtssicherer ist der darin enthaltene Einschluss bzw. Ausschluss.

5. Bilanzkennzahlen, Geschäftsergebnisse und historische Beitragsentwicklungen

Neben den Leistungsaussagen und Definitionen in den Versicherungsbedingungen gibt es natürlich noch zahlreiche weitere Faktoren, die bei der Auswahl einer PKV von Bedeutung sind, wie z.B.:

Wie steht das Unternehmen im Marktvergleich da? Wird der Versicherer in Zukunft auch „überlebensfähig“ bleiben? Wie werden sich die Beiträge in Zukunft entwickeln?...durchaus wichtige Fragen!

Um zu bewerten welches Unternehmen langfristig gute Aussichten hat weiterhin erfolgreich zu sein, müssen viele Bereiche beleuchtet werden. Bilanzkennzahlen wie z.B. die RfB-Quote, der Verwaltungskostenanteil, die Anzahl der Vollkostenversicherten, die Schadenquoten, die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote, und viele weitere mehr können einen kleinen Blick in das Unternehmen zulassen. Bei Vergleichen von Bilanzkennzahlen handelt es sich allerdings immer nur um Momentaufnahmen, die keinerlei langfristig verlässliche Aussagen für die Zukunft erlauben. Auch die Betrachtung von

Beitragsentwicklungen der Vergangenheit lassen **keine zuverlässigen Aussagen für zukünftige Entwicklungen** zu! Warum nicht?

Viele Faktoren, wie z.B. die zukünftige Annahmepolitik eines Versicherers, die Entwicklung der Gesundheitskosten im allgemeinen, die Einwirkung von politischen Entscheidungen, unvorhergesehene kalkulatorisch ausschlaggebende Ereignisse, Entwicklung der Schadenquoten, der Geschäftspolitik des Versicherers und vieles mehr, lassen sich nicht zu 100% vorhersagen. Dabei kann ein bestimmter Tarif ganz besonders von Beitragserhöhungen betroffen sein, und ein anderer eben nicht so sehr. Mehr zu diesen Thema finden Sie im [Blog vom Versicherungsmakler Thomas Schösser](#).

6. Kalkulation der Privaten Krankenversicherung

Der Beitrag der privaten Krankenversicherung errechnet sich nach dem **individuell erforderlichen Prämienbedarf** eines jeden Versicherten. Dabei spielen, anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere der **Gesundheitszustand** bei Antragstellung und das **Eintrittsalter**, sowie bei einigen Tarifen sogar die berufliche Tätigkeit die Hauptrollen bei der Festlegung der Beitragshöhe.

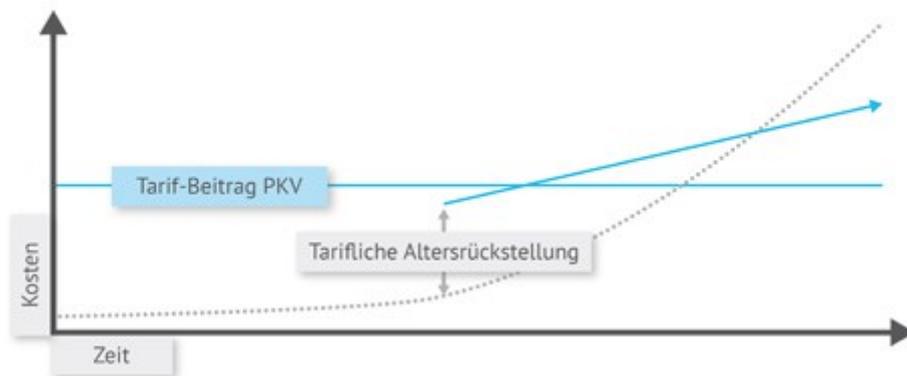
Für die Beitragshöhe in der PKV, in Bezug auf die neuen Unisex-Tarife, spielt das Geschlecht seit [Einführung der sogenannten „Unisextarifwelt“](#) (geschlechtsneutrale Tarifikalkulation) keine Rolle mehr.

Laut Statistik steigen die Krankheitskosten je älter die Person wird. Beim einen mehr, beim anderen weniger. Hierfür gibt es aber einen angenommenen Durchschnittswert, welchen die Versicherer zur Kalkulation verwenden.

Im Beitrag enthalten ist die **Altersrückstellung**. Diese bewirkt, dass der junge Kunde **mehr einzahlt, als eigentlich kalkulatorisch** zur Deckung der Kosten **benötigt wird**. Diese zusätzlichen Gelder werden zur Finanzierung der steigenden Kosten im Alter verwendet. Theoretisch müsste der Beitrag zur PKV also immer gleich bleiben. Das ist aber definitiv **NICHT** so, da es alleine schon auf Grund der steigenden Gesundheitskosten und längeren Lebenserwartung der Versicherten, egal bei welchem Tarif, früher oder später zu Beitragserhöhungen kommen muss.

Die Altersrückstellungen sind also quasi dafür da, um spätere **Steigerungen der Beiträge „moderat“ halten zu können**. Versicherer kalkulieren hier natürlich mit unterschiedlich angenommenen Schadenquoten, Versichertenabgängen und so weiter, aber auch die Altersrückstellungen werden unterschiedlich hoch angesetzt. So kann es sein, dass bei einem Tarif wesentlich mehr Rückstellungen für das Alter angesammelt werden als bei einem anderen Tarif.

KOSTENKALKULATION



Im Jahr 2000 wurde der sogenannte „Gesetzliche Zuschlag“ für die substitutive private Krankenversicherung eingeführt (nicht alle Tarife sind davon betroffen). Zur tariflichen Altersrückstellung wird zusätzlich ein Prämienzuschlag von 10 Prozent erhoben.

Neben den **tariflichen Altersrückstellungen** und dem **gesetzlichen Zuschlag** werden zusätzliche **Bausteine zur garantierten Beitragsreduzierung im Alter**, auch **Beitragsentlastungstarife** genannt, in verschiedenster Art und Weise von einigen Versicherern ergänzend angeboten. Bei diesen Tarifen wird dem Kunden gegen eine Mehrprämie eine zukünftige Beitragsermäßigung ab einem bestimmten Lebensalter, z.B. mit Erreichen des 65. Lebensjahres, zugesichert.

Sprechen Sie mit Ihrem Vermittler / Berater über alle **Vor- und Nachteile** der verschiedenen Systeme zur Reduzierung der Beiträge im Alter.

Die meisten Versicherungsnehmer möchten, dass ihre private Krankenversicherung einen **geringen Beitrag** offeriert, sprich wenig kostet, und einen **hochwertigen Leistungsumfang** bietet. Zusätzlich sollen die in Zukunft notwendigen **Erhöhungen des Beitrags und der Selbstbeteiligung** möglichst **niedrig** ausfallen. Auf lange Sicht gesehen leider ein unrealistisches Bild, denn all diese Wünsche können m.E. nicht allesamt gleichzeitig erfüllt werden.

Man muss sich fragen, wie die in der Werbung oft versprochene „**PKV für 59 Euro**“ ausreichende hohe Altersrückstellungen bei gleichzeitigem umfassenden Versicherungsschutz bieten soll? Meiner Meinung nach nur ein „einfacher Werbeslogan“, der das Interesse wecken soll.

Eine private Krankenversicherung sollte kein „Werkzeug oder Mittel“ zum Geld sparen sein, sondern eine Versicherung gegen zukünftige Krankheitskosten, die bei umfangreichem Leistungsinhalt, und langfristig moderaten Beitragssteigerungen einfach nun mal Geld kosten muss.

Wie funktioniert die PKV-Kalkulation im Detail?

Vereinfacht dargestellt schaut sich der Versicherer vor dem Vertragsabschluss an, wer sich eigentlich genau bei ihm versichern möchte, sprich:

- **Alter der Person bei Vertragsbeginn,**
- **Gesundheit der Person bei Vertragsabschluss** (gegebenenfalls kommt es zu einem Risikozuschlag welcher bei Vertragsbeginn vereinbart werden könnte),
- gewählter **Tarif** (gewünschter Leistungsumfang)

Bei Bisextarifen war noch das Geschlecht der Person relevant (bei den Unisextarifen spielt das Geschlecht keine Rolle mehr)

Zur vereinfachten Darstellung nehmen wir einmal fiktiv an, dass der Versicherer nur einen einzigen Tarif anbietet, und alle Kunden bei Vertragsbeginn gleichermaßen gesund wären.

Nun muss die Private Krankenversicherung kalkulieren, wie lange der Kunde ab Vertragsbeginn gerechnet noch leben wird, und natürlich wie viel Krankheitskosten er in dieser Restlebensphase noch haben, besser gesagt verursachen wird.

Vereinfacht dargestellt wird dann diese veranschlagte Summe auf die Restlaufzeit verteilt. Selbstverständlich ist es so, dass durchschnittlich gesehen eine 20jährige Person weniger Kosten verursacht als eine 80jährige Person (Ausnahmen bestätigen die Regel, deshalb „durchschnittlich“).

Somit bezahlt bei diesem Modell der junge Kunde mehr als eigentlich zur Deckung seiner durchschnittlichen Kosten benötigt wird. Deshalb hat ein junger PKV-Kunde also einen Überschuss, sprich einen Sparanteil in seinem Beitrag inkludiert, die sogenannten Altersrückstellungen. Dazu später gleich noch mehr

Gibt es Regeln wie ein Privater Krankenversicherer seine Tarife kalkuliert, oder kann er machen wie er es meint? Dürfen Sie Versicherer einfach wie sie möchten die Beiträge erhöhen?

Nein, es gibt klare Regeln an die sich die Versicherungsunternehmen halten müssen. Diese klaren Spielregeln und Grenzen an die sich die Versicherungsunternehmen halten müssen werden insbesondere durch das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), und die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) geregelt. Diese sind insbesondere für die Rahmenbedingungen der Tarifikalkulation und zukünftigen Beitragsanpassungen maßgeblich.

Sehen wir uns zunächst an wann ein PKV-Unternehmen überhaupt eine Beitragserhöhung durchführen kann / darf. Danach gehe ich darauf ein, wie die Finanzierung / Kalkulation von PKV-Tarifen an sich funktioniert.

Wann darf / muss eine PKV bei einem Tarif eine Beitragserhöhung durchführen?

Eine Beitragserhöhung kann nur erfolgen, wenn ein sogenannter „auslösender Faktor“ eintritt. Einfach ausgedrückt müssen die Ausgaben die Einnahmen um einen bestimmten prozentualen Betrag überschreiten, dann kann der Versicherer erst handeln und die Beiträge anpassen (siehe u.a. § 155 (3) VAG).

Tarife die einen geringen prozentualen Satz, als die im § 155 (3) VAG genannten 10% im Bedingungswerk verankert haben, können also früher auf Situationen reagieren.

Der Umstand, dass aber erst ein Grenzwert überschritten werden muss, führt unter Umständen dazu, dass evtl. Jahre lang keine Beitragserhöhung stattfindet. Wenn dann aber eine durchgeführt werden muss, dann muss der Versicherer natürlich auch die neuen kalkulatorischen Gegebenheiten berücksichtigen, was dann zu einer umso höheren Anpassung führen kann.

Als PKV-Kunde tut man also gut daran Beitragsentwicklungen nicht nur über einen Zeitraum von 3-5 Jahre, sondern über eine längere Zeitspanne zu betrachten.

„Wird der Beitrag meines PKV-Vertrags erhöht wenn ich als einzelner Kunde nach Vertragsabschluss krank werde?“

Diese Frage wird allzu oft gestellt. Es wird also gefragt, ob der Beitrag eines PKV-Vertrags individuell nach Vertragsabschluss anhand von zukünftig auftretenden Erkrankungen des einzelnen dort versicherten Kunden erhöht wird?

Die Antwort ist NEIN. Die Private Krankenversicherung prüft bei Antragsstellung ob sie „das Risiko“, also die Person versichert oder nicht. Eventuell werden aufgrund von bestehenden oder vor Vertragsabschluss stattgefundenen Erkrankungen Risikozuschläge vereinbart.

Ist der PKV-Vertrag geschlossen, und erkrankt der PKV-Kunde NACH Zustandekommen des Vertrags, so ist dieser Umstand Risiko des Versicherers, und es wird deshalb kein neuer, individueller Beitragszuschlag für den einzelnen Kunden erhoben. Der Versicherer betrachtet das Kollektiv, also die Alterskohorte im Tarif.

Was sind Kopfschäden und was bedeuten diese für die Kalkulation der Privaten Krankenversicherung?

Unter Kopfschäden versteht man die durchschnittlichen Kosten einer Privaten Krankenversicherung je versicherte Person separiert nach Alter. Aus

Vergangenheitswerten zieht man Rückschlüsse auf den möglichen zukünftigen Bedarf an Versicherungsleistungen.

Was versteht man unter Ausscheideordnung?

Hier ermittelt der Versicherer die Wahrscheinlichkeit von Todesfällen und von Kündigungen.

Zahlen jüngere PKV-Versicherte die Kosten der älteren PKV-Versicherten?

Die Antwort auf diese Frage lautet NEIN! Um das System der PKV-Finanzierung zu verstehen muss man dieser Antwort auf den Grund gehen...Im Gegensatz zum System der gesetzlichen Krankenversicherung, gibt es in der PKV eben **KEINE Querfinanzierung von jungen zu älteren PKV-Versicherten.**

Jede Alterskohorte (Altersgruppe) in ihrem jeweiligen PKV-Tarif sorgt für sich selbst vor. Höheren Ausgaben für ältere Versicherte müssen in der PKV nicht von den jüngeren finanziert werden.

Da klar ist, dass statistisch gesehen der jüngere PKV-Kunde weitaus geringere Krankheitskosten hat als älterer Mensch, wird im „Anwartschaftsdeckungsverfahren“ Rückstellungen für das Alter gebildet (Altersrückstellungen).

Das heißt ein junger PKV-Versicherter zahlt mehr als kalkulatorisch zur Deckung seiner Kosten benötigt wird; die gebildeten Altersrückstellungen werden dann dafür verwendet die höheren Kosten im Alter zu decken, so das Modell. Das folgende vereinfachte Schaubild zeigt die grundlegende Idee der Beitragskalkulation der PKV.

Ausnahmen kann es nur geben, wenn der Kunde bei Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag die sog. vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt hätte...zu Versicherungen im allgemeinen...

Die Versicherung ist ja nichts anderes als die Aufteilung eines, u.U. für den Einzelnen nicht tragbaren, Risikos auf mehrere Personen, dem Versichertenkollektiv. Die eine Person „verursacht“ mehr an Krankheitskosten als die andere Person.

Da in der Kalkulation vom Durchschnittswert ausgegangen wird und ein Kollektiv von (optimaler weise) vielen „Risiken“ (also versicherten Personen) vorhanden ist, gleicht man einzelne höhere Schäden / Krankheitsereignisse eines Einzelnen über das Kollektiv aus. Dafür wird vielleicht eine andere im Kollektiv versicherte Person überhaupt nie schwer krank und braucht demnach eventuell überhaupt keine Leistung aus dem Tarif.

Glaut man diesem Modell, so dürfte sich der Beitrag in der PKV ja niemals erhöhen? Das stimmt natürlich nicht. **Warum steigt der Beitrag dann trotzdem?** Bevor ich darauf eingehe, muss ich noch ein paar grundlegende Dinge erläutern...

Sind die Alterungsrückstellungen in jedem PKV-Tarif gleich hoch?

Nein, tatsächlich sind sie sehr unterschiedlich, da auch die Leistungsinhalte der am Markt verfügbaren Tarife teilweise extrem unterschiedlich sind. Dadurch ergibt sich für jeden Tarif eine individuelles zukünftiges Kostenrisiko, und somit auch unterschiedliche hohe Altersrückstellungen.

Dadurch entsteht ein interessantes Phänomen, welches man bei diversen Tarifwechseln entdecken kann, und an dem man die Funktionsweise der Beitragskalkulation eindrucksvoll versteht.

Hier das fiktive Beispiel: Nehmen wir an, dass zwei Zwillingbrüder Anton und Bernhard (beide gleich alt) sich beim gleichen PKV-Unternehmen zur selben Zeit versichern.

Der erste Bruder Anton wählt den leistungsstarken und damit auch teureren Tarif „A“. Sein Zwillingbruder Bernhard schließt den leistungsärmeren und preisgünstigeren Tarif „B“ ab.

Nach 10 Jahren führt der im Tarif A versicherte Bruder Anton einen Wechsel in den Tarif B durch, in dem sein Bruder Bernhard von Anfang an versichert war und immer noch ist.

Zahlen beide zum Zeitpunkt des durchgeführten Tarifwechsels den gleichen Beitrag? Oder aber zahlt Anton weniger oder mehr als sein Zwillingbruder Bernhard?

Antwort: Anton zahlt nun i.d.R. im Tarif B weniger als sein Bruder. Warum? Er hat in der Zeit in welchem er im leistungsstärkeren Tarif A versichert war mehr Altersrückstellungen als sein Bruder für die zu erwartenden höheren Leistungen angesammelt, welche nun beim Tarifwechsel (beim gleichen Versicherer) angerechnet werden.

Warum ist der gleiche PKV-Tarif für einen 30jährigen teurer als für einen 40jährigen?

Nehmen wir ein Beispiel zur besseren Veranschaulichung: Ein Kunde namens A steigt heute in den Tarif XY ein und versichert sich privat. Kunde B steigt in den exakt gleichen PKV-Tarif XY ein und ist 10 Jahre älter als Kunde A. Warum zahlt Kunde B nun einen höheren Einstiegsbeitrag? Natürlich weil der ältere Kunde B weniger Zeit hat um Alterungsrückstellungen aufzubauen.

Bei einem späteren Einstieg in die Private Krankenversicherung müssen höhere Rückstellungen gebildet werden, was zu einer höheren Prämie für den Kunden führt.

Beitragserhöhung in einer PKV obwohl Altersrückstellungen gebildet werden?

3 wesentlichen Gründe dafür sind:

1. Die **statistische Lebenserwartung** der Menschen **steigt** an. Wenn Menschen in einem Land wesentlich länger leben, so verursachen sie auch entsprechend länger Krankheitskosten. Das muss einkalkuliert werden, und führt im Nachgang zu Beitragserhöhungen.
2. **Gesundheitskosten** und der medizinische Fortschritt führen zukünftig zu höheren Ausgaben.
3. Der **Rechnungszins** wird voraussichtlich oder tatsächlich nicht erwirtschaftet.

Weitere Informationen rund ums Thema [Beiträge in der PKV, inkl. realer Beitragsverläufe](#) finden Sie auf meiner Website unter folgendem Link.

7. Wie funktioniert ein Wechsel in eine PKV?

a) Sie wollen sich nun privat krankenversichern - wie funktioniert das genau?

Grundsätzlich besteht seitens des privaten Krankenversicherers - anders als für z.B. pflichtversicherte Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung - **keine** Annahmepflicht (Ausnahmen gibt es im Rahmen der Öffnungsaktion sowie für den Basistarif).

Bevor ein Vertrag geschlossen werden kann, nimmt der Versicherer eine **Risikoprüfung** vor. **Damit** sollen die **Kosten** für die Versichertengemeinschaft so **überschaubar** wie möglich gehalten werden und exorbitante Beitragssteigerungen vermieden werden.

In erster Linie spielt der **Gesundheitszustand** die wesentliche Rolle bei der Prüfung. Erkrankungen, die hohe Behandlungskosten erwarten lassen, können zu Beitragszuschlägen (Risikozuschläge), Leistungsausschlüssen oder auch zur kompletten Ablehnung des Vertrages führen.

Die Unternehmen haben unterschiedliche Annahmerichtlinien. Manche Gesellschaften verfolgen eine strengere **Annahmepolitik** und verlangen bei diversen Vorerkrankungen einen höheren Risikozuschlag als andere Versicherer. Hierzu später mehr...

Ganz wichtig: Beantworten Sie alle im Antrag gestellten Gesundheitsfragen **wahrheitsgemäß und vollständig**. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann, je nach Art der Verletzung der sogenannten „vorvertraglichen

Anzeigepflicht“ der Versicherer **Leistungen verweigern, den Vertrag nachträglich verändern** oder sogar den **Vertrag kündigen bzw. anfechten**, auch noch etliche Jahre nach Vertragsabschluss!

Antragsfragen zum Gesundheitszustand sind je nach Versicherer unterschiedlich formuliert. Allgemeine Fragen, wie beispielsweise „Bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden“ sind schwerer zu beantworten, als Fragen nach Auftreten bestimmter Krankheitsbilder in den letzten 5 Jahren.

Es schadet nie, eine Kopie der **Arztakten für die Antragsstellung** zu besorgen, um einen vollständigen Überblick über alle gestellten Diagnosen und Krankheitsverläufe zu erhalten. Viele versuchen sich rein gedanklich zu erinnern und dies mit Ihren eigenen Worten wiederzugeben. Dies birgt allerdings die Gefahr in sich, dass etwas vergessen wird. Ab und an kommt es auch vor, dass Ärzte falsche Diagnosen in der Akte vermerkt haben. Alleine schon wegen diesem Umstand ist es ratsam vor Antragsstellung alle Karteidaten einmal eingesehen zu haben.

In den allermeisten Fällen wird ein privater Krankenversicherungsvertrag mit dem Vertrauen des Versicherers auf die richtige Beantwortung der Gesundheitsfragen geschlossen. Erst im Nachhinein, also wenn der Vertrag bereits besteht, prüfen die Gesellschaften, ob eine **vorvertragliche Anzeigepflicht** verletzt wurde oder nicht.

Dies geschieht oft bei Einreichung einer Rechnung. Der Versicherer holt sich Auskünfte über beispielsweise ehemalige Krankenversicherer, Ärzte, Krankenhäuser und ähnliches. Ist nun in einer Akte eine Erkrankung vermerkt, die im Versicherungsantrag bei Abschluss anzeigepflichtig gewesen wäre, aber vom Kunden nicht angezeigt wurde, so kann dies unter Umständen zum Verlust des Versicherungsvertrages oder zu nachträglichen Risikozuschlägen oder Ausschlüssen führen.

Weiterführende Informationen zum [Thema vorvertragliche Anzeigepflicht](#) finden Sie in einem der vielen BLOG-Beiträge des Versicherungsmaklers Thomas Schösser.

b) Mit Vorerkrankungen in die PKV – Anträge und Risikovorfragen

Nun hat man sich vielleicht schon für ein paar Tarife von verschiedenen Versicherern entschieden, wäre da nicht die ein oder andere Erkrankung. Wie bereits erwähnt, können Anträge von Versicherungsunternehmen abgelehnt, mit Risikozuschlägen oder auch mit Leistungsausschlüssen versehen werden.

Da jedes Unternehmen eine separate Risikoprüfung durchführt, kann es durchaus vorkommen, dass ein und die dieselbe Diagnose / Erkrankung **von Versicherern unterschiedlich bewertet werden**. Zum Beispiel vergibt Versicherer 1 einen Risikozuschlag von 20%, Versicherer 2 will einen Leistungsausschluss, Versicherer 3 einen Risikozuschlag von nur 10% und Versicherer 4 nimmt den Antragsteller zu normalen Konditionen auf.

Natürlich gibt es aber auch Diagnosen, die alle Versicherer allesamt gleichermaßen ablehnen. Wie bereits erwähnt, gibt es hier Ausnahmen im Basistarif und in der Öffnungsaktion.

Aber wie findet man nun das für sich „beste Angebot“? Stellt man einen Antrag auf eine Private Krankenversicherung (egal ob per Invitatio- oder das Antragsmodell) erfährt man zwar, wie der Versicherer reagiert, doch wird man abgelehnt oder erhält ein unpassendes Angebot, so fängt die Arbeit von neuem an...

Eine Möglichkeit, zeitnah mehrere Angebot von verschiedenen Gesellschaften zu erhalten, ist die Durchführung einer sogenannten Risikovorfrage. Hierbei werden gleichzeitig mehrere Versicherer mit der Bitte um Einschätzung des „Risikos“ angeschrieben.

Eine **Risikovorfrage** ist quasi eine unverbindliche Angebotsaufforderung bzw. Ausschreibung an die gewünschten Versicherer unter Berücksichtigung der risikorelevanten Punkte, wie z.B. den Vorerkrankungen. Die Versicherer geben dann eine vorläufige Quotierung ab.

Im Idealfall erhält man dadurch gleich mehrere **vorläufige Angebote**, aus denen man dann das geeignetste auswählen kann. Danach kann direkt der dementsprechende Antrag aufgenommen werden. Allerdings sei hier gesagt, dass eine Risikovorfrage für das Versicherungsunternehmen **nicht verbindlich** ist. Ein Antrag kann also immer noch abgelehnt werden.

Selbstverständlich sollte solch eine Risikovorfrage alleine deshalb schon von einem [professionellen und spezialisierten Versicherungsmakler](#) eingeleitet werden, der hier für einen ordentlichen, fehlerfreien und vor allem kundenorientierten Ablauf sorgt.

8. Tarifstrukturen und Selbstbeteiligungsvarianten in der PKV

Eine Möglichkeit, den Beitrag zu reduzieren, ohne die vertraglichen Leistungen herunterzusetzen, kann die Vereinbarung einer sogenannten „Selbstbeteiligung“ (SB) sein. Dabei erklärt sich der Kunde einverstanden, dass die tariflichen Leistungen erst ab einem bestimmten Betrag (z.B. € 1000,-) von der PKV bezahlt werden. [Allerdings ist es nicht immer so, dass ein hoher SB auch gleichzeitig immer günstigere Beiträge zur Folge hat.](#)

Bis zu diesem Betrag zahlt der Versicherungsnehmer also alles alleine. Dabei handelt es sich um eine sogenannte absolute Selbstbeteiligung mit einem festen EURO-Betrag. Natürlich gelten vertraglich hinterlegte Eigenbeteiligungen, beispielsweise 80% für Zahnersatz, nach wie vor zusätzlich. In meinem [Blog-Beitrag „Welche SB ist die Beste?“](#) finden Sie dazu einige Beispiele. Blog-Beitrag „Welche SB ist die Beste?“

Darüber hinaus gibt es noch andere Variationen von Selbsthalten. Beispielsweise für ambulante ärztliche Behandlungen bis zum Rechnungsbetrag von 2.700,- EUR 80 % Erstattung, darüber hinaus 100 % Erstattung usw...

Einige Tarife bieten oft sogar mehrere Stufen von Selbstbeteiligungen an. Haben Sie also einen geeigneten Tarif gefunden, so vergleichen Sie die verschiedenen Selbstbeteiligungsvarianten miteinander.

Wichtig könnte auch die **Ausgestaltung** der Selbstbeteiligung sein. Gilt diese für **alle Leistungen**, sprich für **ambulante, stationäre und zahnärztliche** Behandlungen oder beispielsweise nur für die ambulanten Behandlungen? Vermindert sich diese ab einem gewissen Alter? Kann die Selbstbeteiligung auch nach Vertragsabschluss ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder gesenkt werden?

Manche Tarife haben neben den allgemeinen Selbstbeteiligungs-Regelungen zusätzlich noch Eigenbeteiligungen für bestimmte Leistungsbausteine integriert. Das kann unter anderem eine Leistung erst ab einer bestimmten Summe für Heilmittel oder eine hälftige Kostenbeteiligung einer Psychotherapie sein.

Einige Versicherer sehen in manchen Tarifen für **Kinder** bis zu einem bestimmten Lebensalter eine **niedrigere Selbstbeteiligung** vor, z.B. bis zum

Lebensalter X nur die Hälfte des tariflich festgelegten Selbsthalts. Vergleichen Sie also auch, ob Ihr gewünschter Tarif eine solche oder eine ähnliche Regelung vorsieht.

Bausteintarife und Kompakttarife

In der PKV werden von den Unternehmen im wesentlichen zwei Formen der Tarifgestaltung praktiziert. Zum einen gibt es die sogenannten **Bausteintarife**:

Hierbei werden einzelne Bereiche, wie ambulante Leistungen, das Zahnsegment und die stationäre Behandlung durch jeweils einzelne Tarife versichert. Einige Gesellschaften spalten nur den Zahntarif ab und regeln die Erstattung der ambulanten und stationären Leistung in einem Tarif. Ein oft übersehender Vorteil, denn die Tarife können dadurch in vielen Fällen individuell gestaltet werden, zumal ein eventuell anfallender Risikozuschlag „zielgenauer“ festgelegt werden kann.

Dagegen gibt es die sogenannten **Kompakttarife**. Hier werden die Bereiche ambulant, stationär und Zahn häufig vereint in einem Tarifwerk versichert. Kompakttarife sind oftmals nicht so flexibel gestaltbar wie Bausteintarife, so dass der Versicherungsumfang genau zu den Wünschen und Bedürfnissen des Kunden passen sollte.

Einige Versicherer bieten aber auch für Kompakttarife Zusatzbausteine z.B. für Kurleistungen oder Bausteine zur „Aufstockung“ diverser Leistungen wie Psychotherapie an. Überprüfen Sie daher, welche Leistungsbausteine bzw.

Tarife vom Versicherer angeboten werden, damit Sie nichts für Sie persönlich wesentliches vergessen.

Auch wenn Ihr privater Krankenversicherungsvertrag Leistungen für Auslandsaufenthalte bietet, so kann es dennoch sinnvoll sein, eine zusätzliche Auslandsrankenversicherung für Urlaubsreisen abzuschließen. Gegebenenfalls fällt dadurch die Selbstbeteiligung der Krankenvollversicherung nicht an, und eine eventuelle Beitragsrückerstattung wird nicht gefährdet. Bedenken Sie, dass es auch auf dem Versicherungsmarkt eine Vielzahl an Angeboten verschiedener Auslandsrankenversicherungen gibt, die sich in diversen Leistungen voneinander unterscheiden.

Beachten Sie in jedem Fall die Obliegenheit. In der Regel müssen bestehende und beantragte Versicherungen jeweils gegenseitig angezeigt und bei manchen Versicherern sogar vorher ein Einverständnis eingeholt werden. Dies gilt im übrigen auch für alle anderen Kranken-, Pflegezusatz-, Krankenhaus- oder Krankentagegeldversicherungen. Überprüfen Sie die in den Verträgen hinterlegten Obliegenheiten und setzen Sie die Versicherer über Ihre bestehenden Versicherungen gegebenenfalls in Kenntnis.

9. Kinderversicherung

Versicherung von Kindern in der Krankenversicherung

Auch hier gilt, dass jeder Fall ganz individuell zu überprüfen ist. Verschiedenste Gestaltungsmöglichkeiten sind oft denkbar. Welche davon am besten auf die Wünsche und Bedürfnisse der Personen passen, bleibt wiederum der Entscheidung jedes Einzelnen überlassen. Eine häufig vorkommende Konstellation: Jemand ist in der PKV versichert, dessen Ehepartner ist aber in der GKV. Hier wird oftmals die Frage gestellt, wo denn nun die gemeinsamen Kinder zu versichern sind. Die weit verbreitete Aussage, dass Kinder immer beim besser Verdienenden versichert werden müssen, ist so **nicht ganz richtig**.

Wo sind denn die Kinder zu versichern?

Kinder können unter gewissen Voraussetzungen beitragsfrei bei einem Elternteil in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen der sogenannten Familienversicherung mitversichert werden. Dies ist jedoch bei Vorliegen folgender Voraussetzungen **nicht** möglich: (siehe dazu insbesondere § 10 Sozialgesetzbuch Fünf)

Der Ehegatte oder Lebenspartner des GKV-Mitglieds

- ist **nicht Mitglied** bei einer GKV, also z. B. bei einer Privaten Krankenversicherung (PKV), **und**
- hat ein Einkommen **oberhalb** der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) **und**
- verdient regelmäßig mehr als das Mitglied

Ist nur **einer** dieser Punkte **nicht erfüllt**, kann das Kind ggf. beitragsfrei in der GKV mitversichert werden. Sind jedoch alle Punkte erfüllt, ist es möglich, das Kind mit eigenem Beitrag in der GKV (weitere Voraussetzungen müssen dafür erfüllt werden) **oder** in der privaten Krankenversicherung zu versichern.

Dazu zwei Beispiele

Beispiel 1:

Der Ehemann ist Vater des Kindes, Arbeitnehmer und in der PKV versichert. Sein Jahreseinkommen liegt oberhalb der JAEG. Die Ehefrau ist Arbeitnehmerin mit einem Einkommen unter der JAEG und ist in der GKV pflichtversichert. Da der Vater Arbeitnehmer und in der PKV versichert ist, sein Einkommen über der JAEG, und somit auch höher als das Einkommen der Mutter liegt, kann das Kind also nicht beitragsfrei in der GKV der Mutter versichert werden. Es besteht die Möglichkeit, falls die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt werden, das Kind mit eigenem Beitrag in der GKV oder in der PKV zu versichern.

Beispiel 2:

Der Ehemann ist Vater des Kindes, Selbstständig mit einem Jahreseinkommen von 30.000 EUR und in der PKV versichert. Die Ehefrau ist Arbeitnehmerin mit einem Jahreseinkommen von 40.000 EUR und in der GKV versichert. Da der Vater mit seinem Einkommen unter der JAEG liegt, ist eine beitragsfreie Versicherung des Kindes in der GKV der Mutter möglich, sofern die weiteren gesetzliche Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Alternativ kann das Kind auch mit eigenem Beitrag in der PKV versichert werden.

Hinweis: Das war nur eine kurze, natürlich keinesfalls vollständige Erläuterung der gesetzlichen Bestimmungen und Rahmenbedingungen. Es wurden nicht alle Möglichkeiten, Fallvarianten und Eventualitäten aufgezeigt. (*Zu beachten sind unter anderem auch die Regelungen des § 10 SGB V zu Stiefkindern und Enkeln, die das GKV-Mitglied überwiegend unterhält oder in seinen Haushalt aufgenommen hat, sowie Pflegekinder.)

Versicherung der Kinder in der PKV

Kinder müssen in der privaten Krankenversicherung einen individuellen Beitrag bezahlen. Hierzu gibt es ebenfalls eine Vielzahl an möglichen Konstellationen. Die wahrscheinlich am häufigsten genutzte ist die sogenannte Kindernachversicherung über einen bereits privatversicherten Elternteil. Mehr Informationen zur [Versicherung von Kindern in der PKV](#) sowie zum Thema

[Private Krankenversicherung während der Elternzeit](#) finden Sie in meinem Blog meiner Website.

10. Beitragsrückerstattung

Viele Tarife sehen eine teilweise Rückerstattung der Beiträge bei Nichteinreichung von Krankheitskosten-Rechnungen vor. Allerdings haben nur Wenige eine tariflich **garantierte** Beitragsrückerstattung in den Versicherungsbedingungen hinterlegt. Die meisten Versicherer bieten dagegen eine „**erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**“ an. Erfolgsabhängig heißt, dass die Höhe der Rückerstattung vor allem vom Erfolg des Unternehmens abhängt. Bedeutet, wenn der Versicherer schlecht wirtschaftet, kann die Rückerstattung auch gekürzt oder komplett gestrichen werden.

Zudem ist zu beachten, dass zur Erlangung der Beitragsrückerstattung in der Regel, einige Voraussetzungen erfüllt werden müssen, wie z.B. Mindestlaufzeiten, lückenlose Beitragszahlung, ungekündigter Vertrag bis zu einem bestimmten Datum etc.

Bitte bedenken Sie auch folgendes: Im Alter steigen oftmals die jährlichen Behandlungskosten an. Für viele ist demnach die Beitragsrückerstattung naturgemäß zeitlich befristet. Ab dem Zeitpunkt regelmäßig hoher Krankheitskosten, ist wahrscheinlich auch die Zeit der Rückerstattung für nicht wenige Personen endgültig vorbei.

Deshalb sollte man das Entscheidungskriterium **Beitragsrückerstattung nicht an erster Stelle setzen**. Lassen Sie sich die Unterschiede und verschiedenen Sichtweisen in einem persönlichen Gespräch erklären.

11. Pflegepflichtversicherung und Absicherung von Pflegekosten

Die Pflegeversicherung ist eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für privat und gesetzlich krankenversicherten Personen in Deutschland.

Trotz der im Jahr 2008, 2013 und Anfang 2015 durchgeführten Reformen der Pflegepflichtversicherung, **reichen die dort hinterlegten Leistungen in den allermeisten Fällen nicht aus**, um die real anfallenden Pflegekosten, zum Beispiel bei einer stationären Pflege in einem Heim zu decken.

Je nach Pflegefall kann es deshalb durchaus vorkommen, dass **trotz der Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung jeden Monat einige tausend Euro zu zahlender Eigenanteil** auf den Pflegebedürftigen zukommen.

Ist Ihr eigenes Vermögen aufgebraucht, kommt zunächst das Sozialamt für die Kosten auf, und holt es sich unter Umständen von den Angehörigen des Pflegebedürftigen wieder zurück. Mit einer richtig eingesetzten [Pflegezusatzversicherung](#) können Kosten, welche bei einer Pflege entstehen, je nach Gestaltung und Bedarf teilweise oder sogar komplett aufgefangen werden.

12. Gesamtkonzept: PKV, Krankentagegeld-, Pflegeergänzungs- und Berufsunfähigkeitsversicherung...

Zusätzlich zu Ihrer Krankenversicherung gehört als sinnvolles Gesamtkonzept ein ausreichendes **Krankentagegeld** (nicht zu verwechseln mit Krankenhaustagegeld), eine **Berufsunfähigkeitsabsicherung** sowie eine **Pflegezusatzversorgung** als Ergänzung zur Pflegepflichtversicherung.

Mehr [Informationen zum Unterschied zwischen Krankentagegeld und Krankenhaustagegeldversicherung finden Sie in meinem Blog.](#)

Das **Krankentagegeld** und die **Berufsunfähigkeitsversicherung** dient zur **Einkommenssicherung** im Krankheitsfall. Eventuell zusätzlich aufkommende Pflegekosten könnten jedoch genau diese wichtigen Leistungen aufbrauchen und sogar trotzdem noch finanzielle Eigenbeteiligungen des Betroffenen notwendig machen. Daher ist neben der Pflegepflichtversicherung eine **Pflegeergänzungsversicherung** sinnvoll. Die Versicherer bieten zur Pflegeergänzung mehrere Variationen von Pflege-Tagegeldern, -Rentenversicherungen oder -Restkostenversicherungen an. Welche Absicherungsvariante für den Einzelnen geeignet ist, muss in einem individuellen Beratungsprozess ausfindig gemacht werden.

Übrigens: Die **Beiträge zur Krankenversicherung** müssen in der Regel trotz Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit weiter bezahlt werden. Einige Tarife bieten aber auch eine Beitragsbefreiung bei Eintreten bestimmter Erkrankungen bzw. Ereignisse an...

Eine wichtige Frage, ob man nun auch alle Zusatzbausteine, wie z.B. die Krankentagegeld-, Pflegeergänzungs- oder Krankenhaustagegeldversicherung bei ein und demselben Versicherer abschließen soll, wird von Vielen nicht gestellt. Die Leistungen differenzieren sich allerdings auch in diesen (Neben-)Sparten teilweise extrem voneinander, so dass nach der Wahl eines geeigneten Krankenvollversicherungsvertrags nicht automatisch davon ausgegangen werden kann, dass die Zusatztarife auch die gleiche „Qualität“ bieten. Weitere [Informationen zu diesem Bereich finden Sie ebenfalls im Blog.](#)

Ich hoffe Ihnen einen kleinen Einblick in das Thema der Privaten Krankenversicherung geboten zu haben. Gerne stehe ich Ihnen für weitere Fragen zur Verfügung. Unter www.pkv-inhalte.de/beratung/ finden Sie alle Kontaktmöglichkeiten. Gerne können Sie im Downloadbereich meiner Website den dort hinterlegten

[KRITERIENFRAGEBOGEN zur PKV](#)

Die gesetzlichen Pflichtinformationen zum Versicherungsmakler Thomas Schösser können Sie unter www.pkv-inhalte.de/impressum/ einsehen.

Versicherungsmakler Thomas Schösser



Ihr Spezialist für die
Private Krankenversicherung, Rentenversicherung
und Berufsunfähigkeitsversicherung

Am Pfahl 10
85077 Manching (bei Ingolstadt)

Telefon 0 84 59 / 32 43 32
Telefax 0 84 59 / 32 47 62

Email: info@pkv-inhalte.de

Homepage www.pkv-inhalte.de

Thomas Schösser, Jahrgang 1981 ist seit September 1997 in der Versicherungsbranche tätig und hat die IHK–Prüfung als Versicherungskaufmann im Jahre 2000 erfolgreich absolviert. Nach der 3-jährigen Ausbildung übernahm er unterschiedlichste Aufgaben im Innen- und Außendienst verschiedener Assekuranzvermittler und Versicherer. Herr Schösser hat die Zulassung als Versicherungsvermittler und ist im offiziellen Vermittlerregister als Versicherungsmakler nach § 34d Abs. 1 GewO eingetragen. Damit ist er bei der Vermittlung von Versicherungsverträgen **nicht an eine Gesellschaft gebunden**.

Die immer mehr zunehmende Vielschichtigkeit der Versicherungsprodukte, macht meines Erachtens eine **Spezialisierung des Maklers** hin zu einigen wenigen Versicherungssparten notwendig. Auch ich habe mich deshalb nur auf ein paar wenige Versicherungsbereiche spezialisiert. Durch meine Ausrichtung auf die Themen **Private Krankenversicherung (PKV)**, **Rentenversicherung** sowie **Berufsunfähigkeitsversicherung (BU)** bin ich in diesen Bereichen in der Lage, meinen Kunden eine kompetente Beratung mit außerordentlicher Detailtiefe vor, als auch nach Vertragsabschluss zu bieten.

Gerade in der heutigen Zeit sind aktuelle Informationen sehr wichtig. Deshalb bilde ich mich regelmäßig fort, und bin im ständigen Kontakt mit handverlesenen, ebenso spezialisierten Kollegen und Fachanwälten. Hierdurch findet ein fachlicher Informations- sowie Gedankenaustausch statt, der gerade in der Versicherungsbranche einen unschätzbaren Wert für alle Parteien, und letztendlich auch für Sie als Kunde darstellt.

Unter anderem halte ich **Vorträge** im Auftrag der Referendar- und Jungphilologenvertretung (RJV) des Bayerischen Philologenverbands (BPV) um wichtige Informationen und nützliches Hintergrundwissen für Beamte zu vermitteln.

Von der IHK München und Oberbayern werde ich regelmäßig als **Referent** für das Thema Private Krankenversicherung zur Veranstaltung "EXISTENZ" eingeladen.

Außerdem halte ich als Referent regelmäßig Fachvorträge zum Thema PKV, um Berufs- und Maklerkollegen in diesem Bereich **weiterzubilden**.

Beratungen biete ich **persönlich** in meinem Büro in der Nähe von Ingolstadt oder auch gerne deutschlandweit via Telefon.

Datenschutzinformation für die Verarbeitung Ihrer Daten im Maklerverhältnis nach Art. 13 DSGVO

Verantwortlicher:

Versicherungsmakler Thomas Schösser, Am Pfahl 10, 85077 Manching (Deutschland),
Telefon: 0 84 59 / 32 43 32, Email: info@pkv-inhalte.de

Welche Daten werden erhoben:

- Persönliche Identifikationsangaben, z.B. Vor- und Nachname, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Staatsangehörigkeit, Personalausweis-/ Reisepassnummer, E-Mail, Adresse, Telefonnummer.
- Auftrags- und Umsatzdaten, z.B. Kontendaten, IBAN, Daten zum Zahlungsverkehr, ggf. SteuerID
- Daten über Ihre finanzielle und berufliche Situation, z.B. Gehaltsabrechnungen, Einkommensnachweise, Zahlungsverhalten, Wert Ihrer sonstigen Vermögensgegenstände, Zahlungsverzug, Angaben zum Einkommen, zu Ihrem Beruf, zu Ihrer Ausbildung.
- Soziodemografische Angaben: z.B. Familienstand und Familiensituation.
- Einzelangaben zu Ihren Bedürfnissen und Wünschen, die Sie uns mitteilen: z.B. über Fragebögen oder im Rahmen von Versicherungsanträgen
- Besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand / Ihrer Krankengeschichte, sowie ggf. genetische Daten.

Zu welchen Zwecken werden die Daten erhoben:

Wir benötigen Ihre Daten zur Angebotserstellung, zum Vertragsabschluss, für Risikovorabfragen (hierfür werden auch die besonderen Datenkategorien Gesundheitsdaten sowie ggf. genetische Daten benötigt), zur Unterstützung in Schadensfällen, für Vertragsänderung, für die vorgeschriebene interne Dokumentation und zur Erfüllung sonstiger gesetzlicher Pflichten. Werden die zur Vertragsdurchführung erforderlichen Daten nicht bereit gestellt, so ist eine Beratung, Durchführung einer Risikovorabfrage, die Vermittlung von Versicherungen, Unterstützung in Schadensfällen ggf. nicht möglich.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung:

Die Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Artikel 6 Abs. 1 lit. b DSGVO in Verbindung mit dem Maklervertrag. Soweit die Verarbeitung zu gesetzlichen vorgeschriebenen Dokumentation oder sonstigen gesetzlichen Erfordernissen (Identifizierung zu Geldwäschezwecken) erfolgt, ist die Rechtsgrundlage der Verarbeitung Artikel 6 Abs. 1 lit. c DSGVO.

Weitergabe von Daten an Dritte:

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken findet nicht statt. Soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung des Maklervertrages mit Ihnen erforderlich ist, werden Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Hierzu gehört insbesondere die Weitergabe an Versicherungsunternehmen, Maklerpools, externe Servicedienstleister, sowie zur Geltendmachung und Verteidigung meiner Rechte. Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Empfänger der Daten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Übermittlung in ein Drittland:

Übermittlungen in ein Drittland oder an eine internationale Organisation sind nicht beabsichtigt.

Speicherdauer:

Wir speichern Ihre Daten nicht länger, als wir sie für die jeweiligen Verarbeitungszwecke benötigen. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht, es sei denn, deren - befristete - Aufbewahrung ist weiterhin notwendig. Gründe hierfür können z.B. Folgende sein: Die Erfüllung handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten (insbesondere das Handelsgesetzbuch und die Abgabenordnung). Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen bis zu zehn Jahre. Das Vorhalten der Dokumentationen einer ordnungsgemäßen Beratung für den der Inanspruchnahme des Maklers durch den Kunden kann eine Speicherung der Daten im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften erforderlich machen. Zivilrechtliche Verjährungsfristen können bis zu 30 Jahre betragen.

Betroffenenrechte:

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so hat sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in Art. 15 DSGVO im einzelnen aufgeführten Informationen. Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die **Berichtigung** sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten und ggf. die **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen (Art. 16 DSGVO). Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Art.17 DSGVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z.B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**). Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in Art. 18 DSGVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z.B. wenn die betroffene Person Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt hat, für die Dauer der Prüfung durch den Verantwortlichen. Die betroffene Person hat das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten **Widerspruch** einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, er kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Art. 21 DSGVO). Jede betroffene Person hat unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs das **Recht auf Beschwerde** bei einer Aufsichtsbehörde, wenn die betroffene Person der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt (Art. 77 DSGVO). Die betroffene Person kann dieses Recht bei einer Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend machen. In Bayern ist die zuständige Aufsichtsbehörde das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht.

**Erstinformation nach § 15 der Versicherungsvermittlervverordnung (VersVermV) als
Versicherungsmakler und Erstinformation nach § 12 FinVermV als Finanzanlagenvermittler als
Einzelunternehmer:**

**Thomas Schösser, Am Pfahl 10, 85077 Manching - Telefon: 08459 / 32 43 32 - Telefax: 08459 / 32 47 62 - Email:
info@pkv-inhalte.de - Website: www.pkv-inhalte.de**

II. Tätigkeitsart Versicherungsmakler: Gemeldet bei der IHK für München und Oberbayern als Versicherungsmakler mit einer Erlaubnis nach § 34 d Abs. 1 GewO

1. Gemeinsame Registerstelle nach § 11a Abs. 1 GewO: Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V., Breite Straße 29, 10178 Berlin - Telefon: 0-180-600-585-0 (20 Cent/Minute aus dem dt. Festnetz, höchstens 60 Cent/Minute aus Mobilfunknetzen) Registerabruf: www.vermittlerregister.info unter folgender Registrierungsnummer: D-BQZG-USFDL-70 - Behörde für die Erlaubnis nach § 34 d Abs. 1 GewO: IHK für München und Oberbayern, Max-Joseph-Straße 2, 80333 München, Telefon: +49 (0)89 / 5116-0, Telefax: +49 (0)89 / 5116-1306, www.ihk-muenchen.de

2. Der **Versicherungsmakler** Thomas Schösser besitzt weder direkte noch indirekte Beteiligungen von über zehn Prozent an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens noch besitzen Versicherungsunternehmen oder Mutterunternehmen von Versicherungsunternehmens eine direkte oder indirekte Beteiligung von über zehn Prozent an den Stimmrechten oder am Kapital des Versicherungsmaklers Thomas Schösser.

3. Die Anschrift der Schlichtungsstelle für Versicherungsvermittler - Schlichtungsstellen für die außergerichtliche Streitbeilegung: Versicherungsombudsmann, e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin sowie Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin

Thomas Schösser erhält für die erfolgreiche Vermittlung eines Versicherungsvertrages eine Provision und ggf. Servicepauschale vom Produkthanbieter. Diese sind bereits in der Versicherungsprämie enthalten und somit nicht separat von Ihnen an den Makler zu bezahlen. Weitere Vergütungen erhält der Makler im Zusammenhang mit der Vermittlung nicht.

III. Ergänzende Erstinformation nach § 12 FinVermV für die weitere Tätigkeit als Finanzanlagenvermittler: Erlaubnis von der zuständigen IHK Industrie- und Handelskammer für München und Oberbayern als Finanzanlagenvermittler/-berater nach § 34 f Abs. 1 der Gewerbeordnung (GewO) für die Vermittlung von bzw. Beratung zu Anteilen oder Aktien an inländischen offenen Investmentvermögen, offenen EUInvestmentvermögen oder ausländischen offenen Investmentvermögen, die nach dem Kapitalanlagegesetzbuch vertrieben werden dürfen (§ 34 f Abs. 1 Nr. 1 GewO)

1. Registrierung durch die zuständige Industrie- und Handelskammer als Registerstelle: Industrie- und Handelskammer für München und Oberbayern, Max-Joseph-Straße 2, 80333 München; www.ihk-muenchen.de

2. Überprüfbarkeit der Registrierung: Registerabruf www.vermittlerregister.info unter folgender Registrierungsnummer: D-F-155-GEJ4-95

3. Beteiligungen an Personenhandelsgesellschaften: Herr Schösser ist in keiner Personenhandelsgesellschaften als geschäftsführender Gesellschafter tätig.

Vermögensschadenhaftpflichtversicherung besteht bei folgendem Versicherungsunternehmen: Allianz Deutschland AG, Königinstraße 28, 80802 München