



Der Umstieg von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung für freiwillig Versicherte wird erheblich erschwert

Jetzt in die Private wechseln: Jedes Jahr zählt!

Alexander Schmidt und seine Frau Marie aus Hannover denken bereits seit einiger Zeit über einen Wechsel zur privaten Krankenversicherung nach. Noch haben sie Zweifel. Lohnt sich der Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wirklich? Eine Frage, die sich derzeit auch viele Selbstständige, Freiberufler und Arbeitnehmer stellen, deren Jahreseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze von zurzeit 47.250 Euro liegt.

Wie sicher ist diese Leistungsusage?
Der Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung ist lebenslang vertraglich garantiert. Der Versicherte darf die vom Kunden zu Vertragsbeginn gewählten und vereinbarten Leistungen nicht einseitig kürzen oder gar streichen. Das ist einer der wesentlichen Unterschiede zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Welche Leistungen bietet die private Krankenversicherung?

Die private Krankenversicherung übernimmt die Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen, die deutlich über denen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Ein hoher medizinischer Standard ist mitversichert. Die Leistungen umfassen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gleichermaßen wie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (z.B. Brillen). Bei Arzneimitteln spielt es keine Rolle, ob sie verschreibungs- oder nur apothekenpflichtig sind. Praxisgebühren und andere Zuzahlungen – beispielsweise für Medikamente, Massagen oder auch im Krankenhaus – kennt die private Krankenversicherung nicht. Eigenbeteiligungen, wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung, gibt es nicht. Auch aufwändiger Zahnersatz, wie beispielsweise Implantate, ist versicherbar. Im Krankenhaus kann sich der Privatpatient sowohl ambulant, als auch stationär vom Chefarzt behandeln lassen. Ein- oder Zweibettzimmer stehen ihm zur Wahl.

Wie sieht es in der gesetzlichen Krankenversicherung aus?
Die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung steigen weiter – die Leistungen dagegen verringern sich. Im kommenden Jahr wird der Beitragssatz laut Ministerium um mindestens 0,5 Prozentpunkte steigen. Gesundheitsexperten gehen sogar von einer Steigerung von bis zu 1,8 Beitragssatzpunkten aus. Die monatliche Belastung kann also leicht bis zu 70 Euro steigen. Schon jetzt zahlen freiwillig gesetzlich Versicherte bis zu 550 Euro pro Monat. Kommen die gesetzlichen Krankenkassen mit dem Geld aus dem inzwischen beschlossenen Gesundheitsfonds nicht aus, müssen sie einen Zusatzbeitrag erheben. Außerdem dürfen kostenintensive Untersuchungen, Arznei- und Hilfsmittel nur noch verordnet werden, wenn dies von einem besonders qualifizierten Arzt befürwortet wurde.

Warum steigen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Beiträge bei sinkenden Leistungen?

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert ihre Leistungen mithilfe des sogenannten Umlageverfahrens. Hier werden die aktuellen Einnahmen für die aktuellen Ausgaben verwendet. Eine Vorsorge für die Zukunft findet nicht statt. Diese Finanzierungsform entspricht

jedoch nicht mehr der seit Jahrzehnten zurückgehenden Bevölkerung in Deutschland. Auf 100 Erwerbsfähige zwischen 20 und 59 Jahren kommen heute 45 über 60jährige. Im Jahr 2050 werden es bereits fast 80 über 60jährige sein. Die Leistungsausgaben, die aufgrund der längeren Lebenserwartung und des medizinischen Fortschritts ständig steigen, müssen also von immer weniger jungen Beitragszahlern finanziert werden. Trotz Leistungskürzungen kommt es damit zu steigenden Beiträgen. Ein Ausweg ist mit dieser Finanzierung nicht in Sicht. So kommt es immer wieder zu Leistungskürzungen, die steigende Beiträge letztendlich nicht aufhalten können.

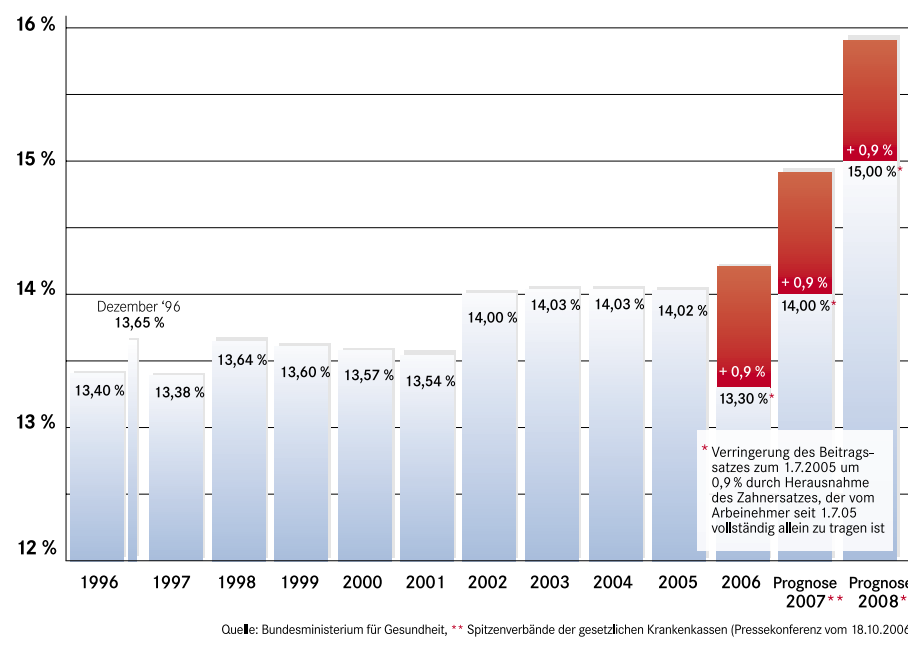
den 1930er Jahren. Mit 6,9 Millionen Kunden ist sie heute Europas Nr. 1 unter den privaten Krankenversicherern. In Deutschland vertrauen viele Großunternehmen und Verbände der freien Berufe der DKV und haben Gruppenversicherungsverträge für ihre Mitarbeiter oder Mitglieder abgeschlossen.

Gibt es noch Zweifel an einem Wechsel zur privaten Krankenversicherung?

Alexander und Marie Schmidt sind überzeugt, dass sich der Wechsel in die private Krankenversicherung lohnt. Sie entscheiden sich, ihre Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse so schnell wie möglich zu kündigen und sich privat zu versichern. Sie sorgen künftig eigenverantwortlich für sich selbst vor. Ein Teil ihrer Beiträge dient nicht der Deckung ihrer Gesundheitsausgaben, sondern als Vorsorge für ihr Alter, die Zeit, in der sie mehr Leistungen brauchen werden. Ihr Krankensicherer bildet damit eine so genannte Altersrückstellung, die verzinst angelegt wird – eine zusätzliche Geldquelle, die gesetzlich Versicherten fehlt. Diese Kapitalerträge senken den Beitrag. DKV-Versicherte verfügen zum Beispiel derzeit über Altersrückstellungen von über 16,6 Milliarden Euro. Der Aufbau dieser Rückstellung braucht jedoch Zeit. Es kommt auf jedes Jahr an. Je früher der Eintritt in die Private, desto länger die Zeit für eine hohe Altersrückstellung und desto niedriger der Beitrag. Darum: Jetzt in die Private wechseln – jedes Jahr zählt.

Entwicklung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2008

(in % des Bruttoarbeitslohnes, jeweils ab Januar, wenn nicht anders angegeben)



Ist die Finanzierung der privaten Krankenversicherung zukunftssicher?

Die Finanzierung der privaten Krankenversicherung ist von der Bevölkerungsentwicklung weitgehend unabhängig. Die Beiträge bestehen aus einem Beitragsteil für die laufenden Krankheitskosten und einem Vorsorgeanteil, der verzinst angelegt wird. Letzterer dient dazu, die mit zunehmendem Alter steigenden Krankheitskosten zu finanzieren. So sorgt jeder selbst für sein Alter vor. Diese so genannte Altersrückstellung macht die private Krankenversicherung zukunftssicher und generationengerecht. Nachfolgende Generationen werden nicht belastet. Die DKV entwickelte dieses Kapitaldeckungsverfahren für die private Krankenversicherung bereits in

Ralf Wanner und seine Familie haben schon gewechselt

Ralf Wanner hat seine gesetzliche Krankenversicherung gekündigt – die DKV begrüßte ihn als dreimillionsten Kunden



Wälder, Wiesen, Weiher. Dazwischen urige, Jahrhunderte alte Bauernhöfe und Kirchen – das ist die Heimat von Ralf Wanner und seiner Familie in der Nähe vom Tegernsee. Der 36jährige Chemie-Ingenieur, seine Frau Sabine (36) und Sohn Philipp (16 Monate) haben sich für eine private Krankheitskostenvollversicherung entschieden. „Ich hatte schon einige Zeit überlegt, zu wechseln – es war ein längerer Prozess“, sagt Ralf Wanner. Die Diskussion um die Gesundheitsreform, um Leistungskürzungen und steigende Beiträge bei der gesetzlichen Krankenversicherung habe dann den Ausschlag gegeben. „Bei der privaten Krankenversicherung bekomme ich einfach mehr Leistung für mein Geld“, sagt Wanner. Der junge Familienvater informiert sich über die Tarife und Angebote mehrerer Versicherungsunternehmen.

Was gab den Ausschlag für die DKV? „Hier war schlicht und ergreifend das Preis-Leistungs-Verhältnis am besten!“

„Die Gesundheitsreform hat meinen Wechsel-Entschluss beschleunigt“

Ralf Wanner

„In unserem Tarif ist alles drin, was wir brauchen: zum Beispiel Zahnersatz und auch die entsprechende Vorsorge.“ Doch nicht nur das Leistungsspektrum, auch die Möglichkeit der individuellen Beitragsgestaltung überzeugte ihn: Nimmt er zum Beispiel ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch, bekommt er über 1.000 Euro von der DKV zurück. Ralf Wanner: „Ich bin selten krank. Die hohe Beitragsrückerstattung, die man bei meinem DKV-Tarif erhält, ist sehr attraktiv für mich.“ Das Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung hat der Ingenieur verloren. Die Gesetzliche müsse komplett reformiert werden. Doch das leiste diese Gesundheitsreform nicht. „Mich würde interessieren, wie viele unserer Politiker noch Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind?“

Anzeige

Mein Weg zur DKV – eine Checkliste

- ✓ Telefonisch oder per E-Mail einen Beratungstermin mit der DKV vereinbaren bzw. ein Angebot anfordern
- ✓ Sobald ich mich für einen Tarif einer privaten Krankheitskostenvollversicherung der DKV entschieden habe, Antrag stellen
- ✓ Liegt der Versicherungsschein bzw. eine schriftliche Annahmeerklärung der DKV vor? Nun kann die schriftliche Kündigung meiner gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen

Nehmen Sie Kontakt zur DKV auf: www.das-unternehmen-gesundheit.de

Die private Krankenversicherung – eine zukunftssichere Alternative

Schutz für hohe Ansprüche

Anzeige

Eine Krankheitskostenvollversicherung der DKV (Tarif Voll-Med M4-BR4) bietet zum Beispiel folgende Leistungen:

- Ambulante Behandlung**
- ✓ Ärztliche Leistungen
 - ✓ Arznei- und Verbandmittel
 - ✓ Brillen und Kontaktlinsen
 - ✓ Heilmittel (z. B. Massagen)
 - ✓ Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte)
 - ✓ Leistungen eines Heilpraktikers
 - ✓ Gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen
 - ✓ Schutzimpfungen
 - ✓ Übergangsgeld bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit der Mutter wegen Geburt eines Kindes von 2.000 Euro

- Zahnärztliche Behandlung**
- ✓ Zahnbehandlung zu 100 %
 - ✓ Zahnersatz (inkl. Implantate) zu 80 %
 - ✓ Kieferorthopädie, unfallbedingt sowie für Kinder bis zum 18. Lebensjahr bis zu 100 %
 - ✓ Gezielte Zahnvorsorge, wie z. B. Mundhygienestatus und Zahnsteinentfernung

- Stationäre Behandlung**
- ✓ Chirurgiebehandlung
 - ✓ Allgemeine Krankenhausleistungen
 - ✓ Ein- oder Zweibettzimmer
 - ✓ Ambulante Operationen

Ein Mann, der den Tarif VollMed M4-BR4 mit 34 Jahren versichert, zahlt monatlich 186,52 Euro (Arbeitnehmeranteil mit Krankentagegeldversicherung ab dem 43. Tag); eine Frau (34) zahlt für den gleichen Versicherungsschutz 236,89 Euro.

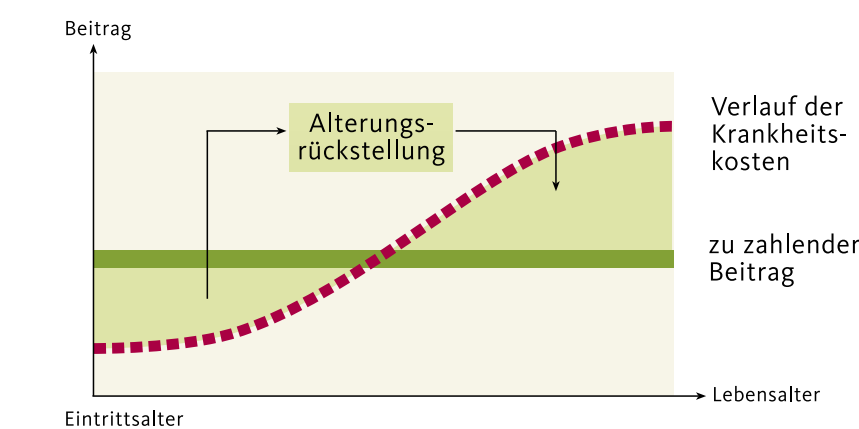
Mit mehr als 700 Unternehmen in Deutschland ist die DKV über einen Gruppenversicherungsvertrag partnerschaftlich verbunden. Auch 18 Firmen aus dem DAX vertrauen den Versicherungsschutz ihrer Mitarbeiter der DKV an. Für die Angestellten dieser Unternehmen heißt das konkret: Sie können sich zu besonders günstigen Bedingungen bei der DKV privat versichern.

Mehr Informationen unter: www.das-unternehmen-gesundheit.de

Sophie Krüger und ihr Lebenspartner Maximilian Anders sind in einer Broschüre einer privaten Krankenversicherung auf die Aussage gestoßen, sie sei zukunftsicher. Stimmt das wirklich, fragen sich die beiden?

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung: Diese sind vertraglich garantiert – ein Leben lang. Denn nur der Kunde kann den Leistungsumfang reduzieren, indem er Tarife mit geringeren Leistungen und Beiträgen wählt. Der Versicherer darf Leistungen weder kürzen noch ausschließen.

Kapitaldeckungsverfahren



Quelle: DKV

ßen. Auch wenn sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert – eine Kündigung durch das Unternehmen ist nicht möglich. Seinen individuellen Versicherungsschutz bestimmt der Kunde zu Beginn des Vertrags weitgehend selbst – dank einer Vielzahl von Tarifen. Er kann sich beispielsweise für Tarife mit einer Selbstbeteiligung entscheiden. Das senkt den Beitrag. Einige private Krankversicherer, wie z. B. die DKV, sehen auch eine sogenannte Beitragsrückerstattung vor, wenn in einem bestimmten Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Dann bekommt der Versicherte einen Teil seiner Beiträge zurück erstattet.

Ist der Beitrag zur privaten Krankenversicherung zukunftssicher?

In der Privaten zahlt jeder Versicherte einen Beitrag, der so kalkuliert ist, dass er ein Leben lang die durchschnittlich benötigten Leistungen finanziert. Ein Solidar-Ausgleich findet dadurch statt, dass einige mehr, andere dafür weniger Leistungen brauchen. Dar-

über hinaus enthält der Beitrag einen Anteil, der dazu dient, die mit dem Alter steigenden Krankheitskosten abzudecken. Er wird für die Versichertengemeinschaft verzinslich angelegt. Würden also Preise, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die Menge an beanspruchten Leistungen unverändert bleiben, blieben die Beiträge in der privaten Krankenversicherung immer gleich. Inflation, medizinischer Fortschritt und eine höhere Lebenserwartung führen zwar auch in der Privaten dazu, dass Beiträge den Kosten angepasst werden müssen. Neue, teure Behandlungsmethoden sind dadurch aber automatisch mit abgedeckt. Die Finanzierung der privaten Krankenversicherung bietet



et einen weiteren entscheidenden Vorteil: Das so genannte Kapitaldeckungsverfahren ist weitgehend von der demographischen

Entwicklung unabhängig. Dadurch, dass die Versichertengemeinschaft in der privaten Krankenversicherung für sich selbst vor-

sorgt, werden nachfolgende Generationen nicht belastet. Die Tatsache, dass der Anteil älterer und nicht mehr erwerbstätiger

Menschen an der Bevölkerung immer größer wird, spielt für die Privaten nur eine untergeordnete Rolle.

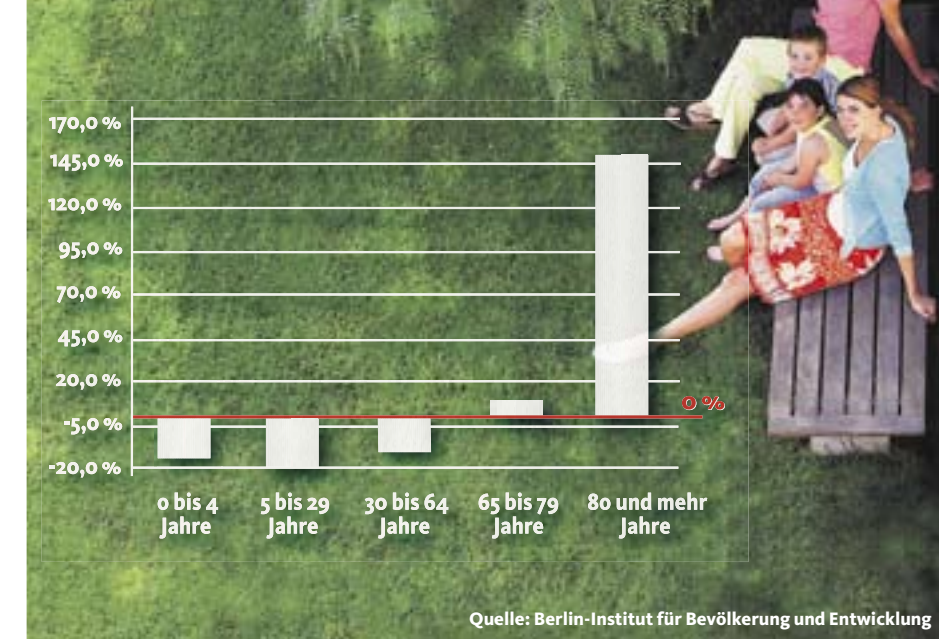
Welche Unterschiede gibt es zur gesetzlichen Krankenversicherung?

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankensicherung, der bei allen Krankenkassen nahezu identisch ist, wird vom Gesetzgeber bestimmt. Wie Vergangenheit und Gegenwart zeigen, sind Leistungskürzungen jederzeit möglich. Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich über das so genannte Umlageverfahren. Dieses sieht vor, dass die aktuellen Ausgaben durch die aktuellen Einnahmen abgedeckt werden. Das funktioniert nur, wenn es viele Beitragszahler gibt, die keine oder nur sehr wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Als die gesetzliche Krankenversicherung Ende des 19. Jahrhunderts eingerichtet wurde, war dies in Deutschland so. Damals hatte der Bevölkerungsaufbau die Form einer Pyramide: Viele junge Erwerbstätige und nur wenige ältere Menschen erhielten Leistungen. Heute sieht es in Deutschland jedoch anders aus und in den kommenden Jahren wird sich die „Bevölkerungspyramide“ immer mehr in einen „Bevölkerungsspylitz“ verwandeln. Die Beiträge in der Gesetzlichen sind also nicht nur von der Inflation, dem medizinischen Fortschritt und der höheren Lebenserwartung abhängig, sondern verteilen sich auch noch auf immer weniger Erwerbstätige. Hohe Arbeitslosigkeit und insgesamt sinkende Einkommen erhöhen die Belastung für den einzelnen Beitragszahler zusätzlich. In der privaten Krankheitskostenvollversicherung dagegen ist der Beitrag vom Einkommen unabhängig; er richtet sich aufgrund des Kapitaldeckungsverfahrens ausschließlich nach den gewählten Leistungen sowie dem Alter und dem Gesundheitszustand zu Beginn des Vertrags.

Welche Leistungen bietet eine private Krankheitskostenvollversicherung?

Eine Vollversicherung bei der privaten Krankenversicherung ist die Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung. Je nach individu-

Veränderung der Altersgruppen zwischen 2005 und 2050 (in Prozent)



Quelle: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

uelle wie Brillen und Kontaktlinsen oder für die häusliche Behandlungspflege unabhängig vom Alter des Versicherten erstattet. Die Behandlung beim Heilpraktiker oder Naturheilverfah-

ist und die Beiträge von der unausweichlichen Bevölkerungsentwicklung weitgehend unabhängig sind. Sie haben sich deshalb für eine private Krankenversicherung entschieden.

Deutschland wird älter – Folgen für die Sozialsysteme

Der Bundespräsident hat vier repräsentative Aufgaben zu erledigen. Unter anderem verspricht er Glückwunschkarte zum 100. Geburtstag. Zu Zeiten eines Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker, im Jahr 1985, waren es 899 Briefe. Horst Köhler verspricht derzeit 4.369 Stück. Tendenz stark steigend.

Das sind schöne Aussichten aus Sicht der Betroffenen. Medizinischer Fortschritt, bessere Ernährung und eine humanere Arbeitswelt lassen uns heute 30 Jahre länger leben, als vor einem Jahrhundert.

Einen kleinen Haken hat diese positive Entwicklung: Die Sozialsysteme sind noch nicht an diese Alterung angepasst. Für die Krankenversicherung bedeutet das: Die Zahl der älteren Menschen steigt, während aufgrund der seit rund 30 Jahren konstant niedrigen Kinderzahlen immer weniger junge Menschen heran wachsen, die während ihrer Erwerbsphase das Geld verdienen, das sie für sich und andere in



Reiner Klingholz ist Direktor des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung. Die neue Studie des Instituts, „Die demographische Zukunft der Nation“, ist im Verlag dtv erschienen und im Buchhandel erhältlich.

private oder staatliche Systeme einzahlen können.

Schon im Jahr 2020 werden in Deutschland 24 Millionen über 60-jährige leben – vier Millionen mehr, als heute. Gerade die höchsten Altersklassen verzeichnen dabei die größten prozentualen Zuwächse. So dürften bis 2050 zwölf Prozent aller Deutschen über 80 Jahre alt sein. Und weil vom 60. Lebensjahr an die Aufwendungen für die Gesundheit überproportional steigen, ist bei ansonsten konstanten Rahmenbedingungen mit explodierenden Kosten zu rechnen. Vom Jahr 2020 an, wenn die geburtenreichen Jahrgänge Deutschlands ins Rentenalter kommen, werden die umfangreichen Gesundheitssysteme deshalb unter enormen Druck geraten.

Dabei plagen die alten Menschen generell keine neuartigen Leiden – es sind nur Krankheiten, die früher kaum ein Mensch erlebt hat. Die heute im Alter vorherrschenden chroni-

schen Erkrankungen verdanken ihr häufiges Vorkommen überhaupt erst der erfolgreichen Behandlung von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Cholera, Malaria oder Grippe, die früher die meisten Menschen dahin gerafft haben, bevor sie alt werden konnten.

Krankheit ist heute auch nicht gleichbedeutend mit großem Leid: Diabetes, der Graue Star, Verschlusserscheinungen, selbst Organausfälle sind behandelbar. Dank der Medizin lassen sich selbst verschiedene chronische Krankheiten gleichzeitig bei vergleichsweise hoher Lebensqualität therapieren. Ein Nierenversagen, das früher den sicheren Tod bedeutet hat, kann heute bei knapp 60.000 Deutschen durch eine Dialyse kompensiert werden – freilich zu Kosten von jeweils 43.000 Euro pro Jahr.

Ob die Lebenserwartung, wie prognostiziert, weiter ansteigen wird, ob wir das Alter noch gesünder erleben werden, hängt im Wesentlichen von zwei Faktoren ab: erstens von

der Bereitschaft der Gesellschaft, das Geld für die entsprechende Gesundheitsversorgung aufzubringen. Jeder Einzelne wird in Zukunft entscheiden müssen, ob ihm die Gesundheit im Alter mehr wert ist, als das große Auto in jüngeren Jahren. Und zweitens von der Frage, wie wir eigenverantwortlich mit unserer Gesundheit umgehen, ob wir etwa Übergewicht, Bewegungsmangel oder Rauchen vermeiden. Und ob wir dieses Bewusstsein schon unseren Kindern mit auf den Weg geben. In dieser Art von Vorsorge dürfte die größte und billigste stille Reserve im Gesundheitssystem liegen.

Eigenverantwortung bedeutet vermutlich auch, dass künftig mehr privat abgesichert werden muss. Nur so lässt sich sicher stellen, dass die Finanzierung unserer künftigen Gesundheit und der Pflege im Alter nicht den deutlich kleiner werdenden nachwachsenden Generationen aufgebürdet wird.

Ein Stück mehr Sicherheit

Das unabhängige Urteil im Finanztest der Stiftung Warentest (4/2006) über die Pflegezeitversicherung der DKV (Tarif PET) lautet „empfehlenswert“. Stiftung Warentest empfiehlt ein Tagegeld von 50 Euro. Möglich sind bei der DKV bis zu 80 Euro – damit steht bei der Pflege in einem Pflegeheim ein Betrag von rund 2.400 Euro monatlich zur Verfügung.

Die Leistungen

bei häuslicher Pflege und teilstationärer Pflege:

- ✓ Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftig): 25 % des vereinbarten Tagegelds
- ✓ Pflegestufe II (schwer pflegebedürftig): 50 % des vereinbarten Tagegelds
- ✓ Pflegestufe III (schwerst pflegebedürftig): 75 % bis 100 % des vereinbarten Tagegelds

bei vollstationärer Pflege:

- ✓ unabhängig von der Pflegestufe: 100 % des vereinbarten Tagegelds.

Beitragsbeispiel: Ein Mann, der den Tarif PET (50 Euro) mit 30 Jahren versichert, zahlt monatlich 9,10 Euro, eine Frau (30) 12,70 Euro, ein Mann (40) 17,05 Euro, eine Frau (40) 23,75 Euro, ein Mann (50) 29,75 Euro, eine Frau (50) 41,05 Euro, ein Mann (60) 52,70 Euro und eine Frau (60) 71,50 Euro. (Höchst Eintrittsalter: 69 Jahre)

Mehr Informationen unter: www.das-unternehmen-gesundheit.de

Ein Pflegefall bedroht die finanzielle Unabhängigkeit

Unsere Gesellschaft überaltert – die Leistungen der Pflegepflichtversicherung reichen bei weitem nicht aus

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt kontinuierlich

Tatsächlich ist heute in der Altersgruppe ab 60 Jahre schon jeder Zwölfte pflegebedürftig, in der Altersgruppe ab 80 nahezu jeder Dritte. Die Chancen, das Alter zu erreichen, in dem sich das Pflegeisiko drastisch erhöht, steigen dabei für jeden an. Ein Mann, der im Jahr 2006 Mitte 50 ist, hat eine statistische Lebenserwartung von 90,2 Jahren – eine Frau sogar von 94,4 Jahren. Immer mehr Menschen werden sich daher mit der Situation eines Pflegefalls in der Familie konfrontiert sehen. Viele Deutsche vertrauen allein auf die Pflegepflichtversicherung. Das ist ein Fehler.

Vertrauen in die Pflegepflichtversicherung kann ein Vermögen kosten

Denn wer dies macht, riskiert seine finanzielle Unabhängigkeit. Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung reichen nämlich in der Regel bereits jetzt nicht aus, um die anfallenden Pflegekosten zu decken. Es ist ein weit verbreiteter Irrtum, dass die Pflegepflichtversicherung das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit größtenteils oder sogar vollständig übernimmt. Und die Versorgungslücke wird mit der Höhe der Pflegestufe immer größer. Bei professioneller Pflege zu Hause laut Pflegestufe I fallen ca. 820 Euro im Monat an. Die Pflegepflicht-

Pflegekosten – damit müssen Sie rechnen

Pflegestufe	geschätzte Gesamtkosten (Euro/Monat)	Das zahlt die gesetzliche Pflegeversicherung (Euro/Monat)	Private Reiskosten (Euro/Monat)
Vollstationäre Pflege im Heim			
Stufe I	1.950,00	1.023,00	927,00
Stufe II	2.350,00	1.279,00	1.071,00
Stufe III	2.800,00	1.432,00	1.368,00
Professionelle häusliche Pflege			
Stufe I	820,00	384,00	436,00
Stufe II	1.820,00	921,00	899,00
Stufe III	3.050,00	1.432,00	1.618,00
Pflege durch Angehörige zu Hause			
Stufe I	keine	205,00	keine
Stufe II	Angaben	410,00	Angaben
Stufe III		665,00	

Die gesetzliche Pflegeversicherung deckt bei weitem nicht die Kosten für eine Unterbringung im Pflegeheim ab. Eine private Pflegeversicherung mit einem Tagegeld von rund 50 Euro kann diese Lücke schließen. Quelle: DKV

versicherung sieht Leistungen von 384 Euro vor. Der Pflegebedürftige muss also 436 Euro selbst aufbringen. Die Kosten verdoppeln sich bei Pflegestufe II. Bei stationärer Pflege der Stufe III liegen die monatlichen Kosten derzeit schon bei durchschnittlich 2.800 Euro, Tendenz steigend. Davon trägt die Pflegepflichtversicherung aber maximal 1.432 Euro – die rund 1.400 Euro große Differenz muss von den Betroffenen übernommen werden.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Pflegepflichtversicherung schon heute nicht bei allen Krankheitsbildern für die Kosten aufkommt. Demenz gehört dazu – obwohl bei mehr als 30 Prozent der Pflegebedürftigen die ärztliche Diagnose „Demenz“ lautet. Bei solchen Demenzten ist in wenigen Jahren ein kleines Vermögen verbraucht. Im schlimmsten Fall wird der Pflegebedürftige zum Sozialfall. Unter Umständen wird dann sogar noch seine Familie belastet,

denn das Sozialamt holt sich einen Teil der Kosten von den Angehörigen wieder zurück.

Die Angehörigen als „Notanker“ haben ausgedient

Generell vertrauen viele Deutsche noch darauf, im Pflegefall von den eigenen Kindern versorgt zu werden. Doch obwohl laut Umfragen die Bereitschaft hoch ist, einen pflegebedürftigen Verwandten bei sich aufzunehmen, werden in Zukunft immer weniger Angehörige dazu in der Lage sein. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird bis zum Jahr 2020 um 60 Prozent zunehmen, die Zahl der 20- bis 64-jährigen jedoch um 14 Prozent abnehmen. Es darf bezweifelt werden, dass die Familien dieser

steigenden Belastung noch gerecht werden können.

Eigeninitiative ist auch beim Thema Pflege gefragt

Dass man seine Rente privat absichern muss, ist dem Großteil der Bevölkerung inzwischen bewusst. Aber auch wer den Lebensstandard für sich und seine Familie im Pflegefall halten will, für den ist private Vorsorge ein Muss. Eine Pflegeergänzungsversicherung schließt die Lücken der Pflegepflichtversicherung. Nur wer rechtzeitig die Initiative ergreift, hat die Chance, auch in 10, 20 oder 30 Jahren seinen Lebensstandard zu halten – unabhängig von demographischen und politischen Entwicklungen.



Wenn plötzlich die Luft wegbleibt

Die Hilfe durch Top-Mediziner ermöglicht der asthmakranken Julie ein normales Leben

Wenn bei einem Kind ein schweres chronisches Leiden diagnostiziert wird, ist das für die Eltern ein Schock und verändert das Leben der gesamten Familie. Diese Erfahrung haben auch Rebecca und Oliver Koch gemacht. Ihre neunjährige Tochter Julie hat Bronchialasthma. Doch dank bester Behandlung und Beratung führt die Familie ein fast normales Leben. Sie hat gelernt, mit der schweren Krankheit umzugehen.

Krankheitssymptome bei Kindern sind oft schwer zu deuten

Keine durchwachten Nächte mehr, nicht mehr dieses ständige Gefühl der Hilflosigkeit – Rebecca Koch kann die Verbesserung kaum fassen: „Wir waren verzweifelt und ratlos. Es begann vor zwei Monaten. Julie bekam nach einer Erkältung fast jede Nacht Hustenanfälle. Wir sind natürlich sofort zu unserem Kinderarzt, der Pseudokrupp diagnostizierte und Kortison-Zäpfchen verschrieb. Danach war ein paar Tage Ruhe; dann setzten wieder diese fürchterlichen Hustenanfälle ein. Eines Morgens waren Julies Lippen und Zunge nach einem Anfall blau angelaufen. Ein unglaublicher Schock. Wenn Julie ausatmete, war praktisch kein Geräusch mehr zu hören – wir dachten, sie stirbt gleich!“

Kochs riefen den Notarzt: Das Kind wurde mit Blaulicht ins nächste Krankenhaus gebracht. Der Notarzt informierte die Eltern, dass es sich um einen schweren Asthma-Anfall gehandelt hatte, den man dank der schnellen Behandlung aber gut in den Griff bekommen habe. Allerdings sei eine dauerhafte Therapie nötig, das Risiko weiterer schwerer Anfälle nie ganz auszuschließen. Er empfahl, gleich in den nächsten Tagen einen Spezialisten aufzusuchen.

Den Eltern war klar, dass diese Diagnose einen Einschnitt in Julies und ihrem Leben bedeutete. Aber zumindest war die Ungewissheit beseitigt, und sie konnten wieder die Initiative ergreifen. „Ein Glück, dass Julies Patenonkel ihr zu ihrem Geburtstag ein Kinderschutzpaket der DKV geschenkt hat. Er meinte, das wäre ja wohl das Beste. Natürlich, was er tun könnte – Pate für Julies Gesundheit zu sein.“

Rebecca Koch zeigt sich nach dem Klinikbesuch erleichtert: „Wir können Julie ein relativ unbeeinträchtigtes Leben ermöglichen, auch wenn Asthma nicht heilbar ist. Sie wird immer mal wieder ins Krankenhaus müssen. Da wissen wir sie aber bestens versorgt – und ich kann sie immer begleiten. Dank der optimalen Behandlung durch den Best Care-Spezialisten ist unsere Kleine jetzt beschwerdefrei – und auf seinen Rat hin werde ich sie nächste Woche im Sportverein anmelden. Sie freut sich schon wahnsinnig darauf!“

Den Alltag mit der Krankheit meistern

Allerdings fordert der Umgang mit der Krankheit ein Umlernen, wie sie in der Klinik erfuhr. Julie und auch ihre Eltern mussten begreifen, wie wichtig die regelmäßige Einnahme der Medikamente ist, wie man unnötige Reizungen der Bronchien vermeidet und die Lungenfunktion verbessert.

Schnelle Hilfe für kleine Patienten

Oliver Koch rief also das so genannte Gesundheitstelefon des privaten Kranken-

Das Kinderschutzpaket der DKV

Für gesetzlich versicherte Kinder bietet die DKV das folgende Tarifpaket an:

- ✓ Im Krankenhaus: Chirurziebehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer und Mitnahme eines Elternteils
- ✓ Krankenhausstagegeld
- ✓ Mehrlösungen bei Zahnbehandlungen
- ✓ Zuschuss zu Brillen

Das Kinderschutzpaket kostet für Kinder bis zu einem Alter von 14 Jahren 9,82 Euro pro Monat.

Mehr Informationen unter: www.das-unternehmen-gesundheit.de



Deutsche Krankenversicherung



Günter Dibbern,
Vorsitzender des Vorstands, DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Offener Brief

Köln, im November 2006

Sie gelehrte Damen und Herren,

immer wieder war die DKV mit ihren Lösungsansätzen Vorreiter für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen. Als Unternehmen Gesundheit beweisen wir täglich, dass sich das im Gesundheitssystem vorhandene Geld durch eine intelligente Steuerung der Versorgungsstrukturen effizient einsetzen lässt. Für unsere Kunden sichern wir seit Generationen eine dauerhaft bezahlbare, hochwertige medizinische Versorgung.

Gerade weil wir den Gesundheitsmarkt genau kennen, lehnen wir die Gesundheitsreform der Großen Koalition ab. Sie geht die entscheidenden Probleme unseres Gesundheitssystems nicht an. Stattdessen soll die private Krankenversicherung (PKV) durch schwer wiegende Eingriffe in die Rechte ihrer Versicherten radikal umgestaltet werden – zu Lasten des gesamten Gesundheitssystems.

9,5 Milliarden Euro stehen dem Gesundheitswesen pro Jahr zusätzlich zur Verfügung, weil Privatversicherte durchschnittlich mehr in das Gesundheitssystem einzahlen, als gesetzlich Versicherte. Ohne dieses Geld blieben viele Praxis- und Krankenhaustüren für alle Menschen verschlossen. Zukunftsinvestitionen wären gefährdet, medizinische Innovationen in Frage gestellt, Versorgungsengpässe vorprogrammiert.

Angesichts der demographischen Entwicklung ist das Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenkassen nicht zukunftsfähig; steigende Beitragssätze und Leistungseinschränkungen werden die Folge sein. Eine Gesundheitsreform muss deshalb im Interesse unserer Kinder und Enkel mindestens zwei Grundanforderungen erfüllen: den Einstieg in eine kapitalgedeckte Vorsorge für alle und die Freiheit für mehr Menschen, sich vollständig privat abzusichern.

Genau das Gegenteil ist jetzt beabsichtigt: Unter der irreführenden Überschrift „Mehr Wettbewerb“ soll das zukunftssichere System der PKV massiv geschwächt werden. Die privaten Krankenversicherer und insbesondere die DKV scheuen keine Reformen. Und sie scheuen erst recht keinen Wettbewerb. Aber wir denken langfristig. Reformen müssen die medizinische Versorgung zukunftssicher machen. Und gerade deshalb kritisieren wir diese Gesundheitsreform. Die Gefährdung des schuldenfrei funktionierenden Sicherungssystems der PKV ist durch nichts zu rechtfertigen und verstößt in Teilen gegen unsere Verfassung.

Deshalb werden wir öffentlich, politisch und juristisch weiter dafür kämpfen, dass die private Krankenversicherung zukunftssicher, bezahlbar und leistungsfähig bleibt. Wir wollen keine Staatsmedizin in Deutschland. Bitte unterstützen Sie uns. Streiten Sie mit uns für mehr Eigenverantwortung und mehr Generationengerechtigkeit im deutschen Gesundheitswesen.

Mit freundlichen Grüßen

P. J. J. J.

Gesucht: Neue Konzepte im Gesundheitswesen

Wer denkt schon über das Gesundheitssystem nach, wenn er nicht krank ist? Erst im Ernstfall zeigt sich, wie schwer es ist, sich im komplizierten Geflecht von Allgemeinmedizinern, Fachärzten, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen zurecht zu finden. Dabei sind die Ansprüche der Bürger rund um das Thema Gesundheit bekannt: Am wichtigsten ist ihnen eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung – mit optimalen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, optimal ausgestatteten Einrichtungen, qualitätsgesicherten Leistungen und einer kostenbewussten Versorgung, die unnötige Mehrfachuntersuchungen vermeidet. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Umfrage.

Warum ist Gesundheitsservice wichtig?

Der private Krankenversicherer DKV – ein Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe – hat seine Unternehmensphilosophie auf diese Bedürfnisse ausgerichtet. Als „Das Unternehmen Gesundheit!“ bietet die DKV eine zukunftsweisende Gesamtlösung: Versicherungsschutz, Gesundheitsservice und medizinische Versorgung aus einer Hand.

Eine breite Palette von Versicherungsprodukten ermöglicht den Kunden, den auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Versicherungsschutz zu wählen. Die Bandbreite der Krankheitskostenvollversicherungen der DKV reicht vom Basisschutz bis zum Rundumschutz. Dazu kommen vielfältige Ergänzungsversicherungen für gesetzlich Versicherte. Für alle Angebote werden die vereinbarten Leistungen ein Leben lang garantiert – Leistungseinschnitte gibt es nicht. Diese Garantie umfasst stets eine Versorgung auf dem neuesten Stand der medizinischen Entwicklung. Als „Unternehmen Gesundheit!“ bietet die DKV weitaus mehr, als nur Versicherungsleistungen.

Eine Vielzahl an Serviceleistungen kommt ergänzend hinzu. Ihr Mehrwert für den Kunden liegt in umfassender Orientierung, die es ihm leicht macht, rund um seine Gesundheit zum richtigen Zeitpunkt die richtigen Entscheidungen zu treffen. Das Informationsbedürfnis in Gesundheitsfragen ist groß: Vier von fünf Erwachsenen suchen im Internet gezielt nach medizinischen Informationen. Doch das Überangebot an Informationen macht es dem Laien unmöglich, fundiertes Wissen heraus zu filtern. Die DKV greift diese Nachfrage mit einem Internetauftritt auf, der vielfältige Beratungsangebote, konkrete Empfehlungen für gesundheitsbewusstes Handeln und persönliche Hilfen bei der Suche nach Arzt oder Krankenhaus kombiniert.

Dem individuellen Beratungsbedarf ihrer Kunden begegnet die DKV mit dem so genannten Gesundheitstelefon.



Ein qualifiziertes Team aus Fachärzten, Krankenschwestern und Apothekern beantwortet Fragen zu bestimmten Krankheiten, zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu Arzneimiteln und zur Prävention – ganz auf die persönliche Situation zugeschnitten.

Was bietet die DKV auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung?

Der Bereich Versorgung schließlich rundet die DKV-Philosophie, den Menschen auf dem gesamten Gebiet der Gesundheit überzeugende Lösungen anzubieten, ab.

goDentis: Mit dem Tochterunternehmen goDentis setzt die DKV Akzente im Kampf gegen Karies, Parodontitis & Co. „Therapie ohne Prophylaxe ist ein Kunstfehler“, postulierte der Vater der modernen Zahnprävention, Per Axelsson, bereits im Jahr 1984. Diesem Grundsatz folgend steht bei goDentis die Prophylaxe an erster Stelle. Die Gefahr von Parodontitis und Karies kann durch gezielte Zahnprophylaxe deutlich reduziert werden, im Fall von Karies sogar um bis zu 90 Prozent! Professionell durchgeführte Prophylaxe ist also in jedem Fall der beste Weg zu gesunden Zähnen und erspart so manch schmerzhaftes Zahnbehandlung. Diesen Service bietet goDentis über ein Netzwerk von derzeit 160 Partnerzahnärzten bundesweit an. Dieses Netz von Partnern wird weiter ausgebaut. So werden Zahnarztpraxen zu Fitness-Centern für Zähne.

Volle Aufmerksamkeit für den Patienten

goMedus: Das Konzept der DKV für die „Rundum-Versorgung in Sachen Gesundheit!“ setzt sich in dem Kon-

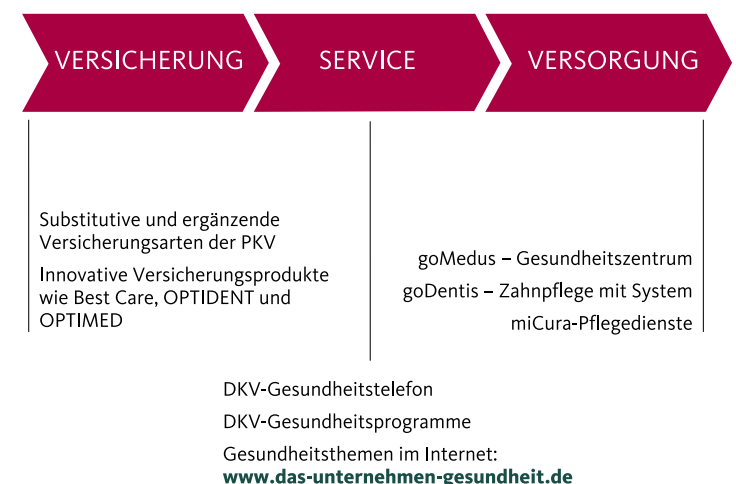
zept der goMedus-Gesundheitszentren fort. Ein Team von Ärzten ist in allen Gesundheitsfragen erster Ansprechpartner – auch dann, wenn für die Behandlung weitere Fachärzte, Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen hinzu gezogen werden. Das engmaschige Arbeiten im Netzwerk vermeidet weitgehend Mehrfachuntersuchungen und Doppelbehandlungen; die für den Erfolg der Behandlung wichtige Zeit geht nicht verloren. Im goMedus-Gesundheitszentrum sind die Ärzte zudem von den üblichen Praxisorganisations- und Verwaltungstätigkeiten entlastet. Ihre Zeit und völlige Aufmerksamkeit gehört daher den Patienten.

miCura: Bei Pflegefällen übernimmt die DKV mit den miCura-Pflegediensten medizinische und pflegerische Leistungen. Die Dienstleistung erstreckt sich

von der hauswirtschaftlichen Versorgung über umfangreiche Beratungsangebote bis hin zur Suche eines Pflegeheimplatzes. Das Motto hierbei ist: „Der Mensch im Mittelpunkt – so viel Betreuung wie nötig, so viel Freiraum wie möglich!“ Die Kunden sollen aktiv bleiben und ihre Lebensqualität erhalten können. Alle Leistungen sind verbindlich festgeschrieben, die Abrechnung ist transparent und dank Kostenplanung vorab kalkulierbar.

Die DKV selbst beschreibt ihr Ziel, das sie als Unternehmen Gesundheit verfolgt, so: „Als Unternehmen Gesundheit begleitet die DKV ihre Kunden ein Leben lang – hilft, gesund zu bleiben und schneller und besser gesund zu werden.“ Ein Ansatz, der DKV-Versicherten gerade dann Vorteile bietet, wenn sie sie am meisten brauchen: wenn sie krank oder pflegebedürftig sind.

Die DKV – Das Unternehmen Gesundheit!®



Die DKV will den Menschen überall dort, wo es um Gesundheit geht, überzeugende Lösungen anbieten.

Quelle: DKV

Im Ernstfall zum Top-Mediziner Privatpatient im Krankenhaus – auch als gesetzlich Versicherter

Nicht immer ist das nächste Krankenhaus auch das Beste. Wer schon einmal einen Mitpatienten im Zimmer mit Schlafstörungen hatte, weiß, wie sehr man darunter leidet und sich nur noch Ruhe wünscht. Verlässt man sich allein auf die gesetzliche Krankenversicherung, hat man in der Regel weder auf die Einweisung in die Klinik noch auf die Unterbringung Einfluss.

Qualität und Komfort im Krankenhaus

Freie Wahl des Krankenhauses, Behandlung vom Chefarzt, Ein- oder Zweibettzimmer – wer im Krankenhaus eine optimale Behandlung will, braucht eine stationäre Ergänzungsversicherung. Sich in einem Ein- oder Zweibettzimmer in aller Ruhe von einer Operation zu erholen, sich in den allerbesten Händen zu wissen und keinerlei Angst vor den entstehenden Kosten zu haben – eine stationäre Ergänzungsversicherung macht den gesetzlich Versicherten zum Privatpatienten. Denn die Mehrkosten der chefarztlichen Behandlung und der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer können abgesehen werden.

Der richtige Spezialist zum richtigen Zeitpunkt kann Leben retten

Im Falle einer schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankung zählen Schnelligkeit und medizinische Kompetenz. Hierfür hat die DKV ein Service-Produkt entwickelt, das den Zugang zu Top-Medizinern ermöglicht, die sonst lange Wartezeiten haben. Das Produkt kann mit anderen Tarifen der DKV kombiniert werden, die eine Chefarzt-Behandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer vorsehen. Best Care-Kunde Matthias Höterer weiß diese Option zu schätzen – auch wenn es bei ihm nicht um Leben oder Tod ging: „Ich habe meinen Termin zur Magnet-Resonanztomographie sofort bekommen.“ Dank des High-Tech-Diagnoseverfahrens erhielt der 47-jährige Ingenieur umgehend die Diagnose: „Bandscheibenvorfall“. Die notwendige Behandlung konnte sofort erfolgen. „In wenigen Tagen von praktisch bewegungsunfähig bis top-fit – schneller geht's nicht“, sagt Höterer. „Und wer schon mal einen Bandscheibenvorfall hatte, weiß, was es bedeutet, schnell wieder schmerzfrei zu sein.“

Chefarzt inklusive

Die stationäre Ergänzungsversicherung der DKV für gesetzlich Versicherte (Tarif SM9) und das Service-Produkt Best Care:

- Leistungen des Tarifs SM9**
- Chefarztbehandlung
 - Ein- oder Zweibettzimmer
 - Mehr Komfort: Zuschlag für Verpflegung, eigenes Bad, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät
 - Transport im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus oder im Rettungshubschrauber zur Klinik (jeweils bis zu 100 km)

- Best Care-Serviceleistungen**
- Bei bestimmten schwer wiegenden bzw. lebensbedrohlichen Erkrankungen garantierter Zugang zu deutschen Spitzenmedizinern innerhalb von fünf Werktagen
 - Ausführliche Zweitmeinung zur weiteren Behandlung oder Behandlung durch den Spezialisten selbst (z. B. Operation)
 - Telefonische Erreichbarkeit 7 Tage die Woche rund um die Uhr
 - Pauschalbetrag von 500 Euro z. B. für die Anreise zum Spezialisten

Ein Mann, der den Tarif SM9 plus Best Care mit 30 Jahren versichert, zahlt monatlich 55,02 Euro; eine Frau (30) 56,89 Euro; ein Mann (40) 71,67 Euro; eine Frau (40) 66,22 Euro; ein Mann (50) 99,70 Euro; eine Frau (50) 85,77 Euro; ein Mann (60) 129,45 Euro und eine Frau (60) 105,37 Euro (Höchst Eintrittsalter: 69 Jahre).

Mehr Informationen unter:
www.das-unternehmen-gesundheit.de