
Die private Krankenversicherung - brauche ich sie wirklich?

Fr, 08.07.2016 - 10:00

Immer öfter werden wir in den Versicherungsagenturen, an den Bankschaltern oder online mit Angeboten von privaten Krankenversicherungen konfrontiert, und man fragt sich ob man diese Absicherung tatsächlich braucht.

Die private Krankenversicherung übernimmt jene Kosten, die aufgrund einer Behandlung in einer privaten Struktur infolge eines Unfalles oder einer Krankheit anfallen können.

Wir sprechen von Kosten, die eigentlich von der öffentlichen Hand getragen würden, sofern man sich an eine öffentliche Struktur wendet. Seit geraumer Zeit werden Stimmen lauter, die sagen, dass unser öffentliches System laufend an Leistung abnimmt und eine Versorgung durch private Strukturen erforderlich wird. Es wird einem praktisch suggeriert, dass eine Deckung im öffentlichen System bald nicht mehr vorhanden sein wird und man unbedingt privat vorsorgen müsse. Dem ist aber nicht so! Das öffentliche Gesundheitssystem - mit all seinen Ecken und Kanten - kann immer noch qualitativ hochwertige Leistungen erbringen, und deshalb ist ein Abschluss einer privaten Krankenversicherung heute nicht erforderlich.

Je nach Lebenslage brauchen KonsumentInnen verschiedene Versicherungen. Wer eine Absicherung für die finanziellen Folgen eines Unfalles oder einer Krankheit benötigt, der/die ist laut VZS mit einer klassischen Unfall- und Krankenversicherung besser beraten, welche die Leistung bei Dauerinvalidität vorsieht. Diese Produkte gehören je nach Lebenslage zum absoluten Muss, eine private Krankenversicherung fällt hingegen in der Rangliste des Versicherungsbedarfes eindeutig in die hinteren Reihen.

In den Beratungsgesprächen in der VZS fällt immer wieder auf, dass die VerbraucherInnen nach Abschluss einer solchen Police das Gefühl haben, nun besser abgesichert zu sein, ohne dabei zu bedenken, dass eine solche Absicherung auch ihre Haken hat. Diese wären:

- der Vertrag sieht diverse Begrenzungen und Ausschlüsse vor;
- die Deckung beschränkt sich auf Unfälle und Krankheiten, die einen Krankenhausaufenthalt und/oder einen chirurgischen Eingriff notwendig machen;
- der Vertrag legt einen Mindestselbstbehalt pro Schadensfall fest; die versicherte Summe könnte bei einem größeren Unglück nicht ausreichen, um alle notwendigen medizinischen Aufwendungen zu decken;
- gibt es kein spezifisches Abkommen zwischen Versicherung und behandelnder Struktur, so müssen die Behandlungskosten im ersten Moment vom Verbraucher selbst bezahlt werden. Das bedeutet, dass die bereits bezahlten Spesen erst nach Überprüfung und Bearbeitung des Schadensfalles zurück erstattet werden, wobei das Risiko besteht, dass die Versicherung den Schadensfall letzten Endes ablehnt.

Fazit: Der Moment der privaten Vorsorge im Krankenversicherungsbereich ist noch nicht gekommen – und wird auch hoffentlich nicht kommen!