



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

Mandanten-Information private Krankenzusatzversicherung

Priorität des Abschlusses: Überlegenswert, nicht zwingend notwendig, da die gesetzliche Krankenversicherung einen ausreichenden Schutz bietet.

Ein Studie der Uni Köln hat es 2008 ans Tageslicht gebracht, was viele bereits vermutet haben: Privat Krankenversicherte werden beim Arzt bevorzugt behandelt. Doch: Lohnt der Abschluss von Zusatzversicherungen? Und welche sollen es sein? Worauf sollte geachtet werden?

Wie immer gilt: Lassen Sie sich nicht von subjektiven Gefühlen leiten. Setzen Sie zunächst die richtigen Schwerpunkte beim Abschluss von Versicherungsverträgen. Zunächst sollten Risiken versichert werden, die Sie in den wirtschaftlichen Ruin treiben können. Für Krankenzusatzversicherungen gilt daher: Es ist überlegenswert, jedoch nicht zwingend notwendig, da die gesetzliche Krankenversicherung nach wie vor einen ausreichenden Schutz bietet – auch wenn es beim Arzt manchmal länger dauert.

Hintergrundinformation: Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung haben im Fall

a.) eines stationären Krankenhausaufenthaltes

nur Anspruch auf Regelleistungen, d.h.

- Unterbringung im Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse),
- Behandlung durch den Dienst habenden Arzt,
- Unterbringung in einem der beiden nächst gelegenen geeigneten Krankenhäuser.

b.) Im ambulanten Bereich sieht der Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen unter anderem folgendes vor:

- Zahnersatz mit unterschiedlichen Festzuschüssen,
- Keine Erstattung von Heilpraktikerbehandlungen,
- Behandlung durch Kassenärzte,
- Heilmittel (Massagen, Krankengymnastik) mit Selbstbeteiligung von 15 Prozent,
- Arzneimittel mit einer Selbstbeteiligung von 4-5 € je nach Packungsgröße,
- Hilfsmittel mit einer Selbstbeteiligung von 20 %.

Zudem gilt, dass der Versicherungsschutz auf Länder, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen, besteht eingeschränkt wird (vor allem Europa). Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland werden nicht übernommen.

Krankentagegeld wird, sofern bei Selbständigen überhaupt ein Anspruch besteht, max. in Höhe von ca. 85 € pro Tag abzüglich Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherungsbeiträgen gezahlt.

Wie wichtig sind daher Private Zusatzversicherungen?

Stationäre Zusatzversicherungen

Gerade bei Krankenhausaufenthalten kann es sinnvoll sein, im Ein- bzw. Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung vereinbart werden. Auch die freie Wahl des Krankenhauses kann von großem Vorteil sein, da hierdurch immer ein Arzt des Vertrauens und ein absoluter Spezialist zur Untersuchung herangezogen werden kann. Überlebensnotwendig sind solche Verträge allerdings nicht.

Bei den Privatanbietern unterscheidet man zwischen so genannten Wahlleistungstarifen und Restkostentarifen.

Unterschied: Der Restkostentarif übernimmt auch die Mehrkosten, die entstehen können, wenn Sie sich nicht in eines der nächst beiden gelegenen Krankenhäuser begeben. Beispiel: Der Allgemeine Pflegesatz liegt in Ihrem Fall in den beiden nächst gelegenen Krankenhäusern bei 250 € pro Tag. Sie

Helge Kühl Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4
24214 Neudorf
HRA 8254 KI

Versicherungen
Investment
Bausparen
Finanzierungen

Förde-Sparkasse
IBAN DE70210501700005045034
BIC NOLADE21KIE
St. Nr. 12 148 01946



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

wollen sich aufgrund eines schweren Krebsleidens jedoch lieber in der Spezialklinik des Herrn Prof. XY behandeln lassen. Der dortige Pflegesatz beträgt allerdings 500 € pro Tag. Während sie bei einem

Wahlleistungstarif auf den Differenzkosten "hängen bleiben", erfolgt bei einem Restkostentarif eine Erstattung. Daher warnen wir vor dem Abschluss von Wahlleistungstarifen!

Anders sieht es unserer Meinung bei ambulanten Zusatzversicherungen und Ergänzungstarifen aus. Diese sollten erst abgeschlossen werden, wenn alle anderen wichtigen Versicherungen bereits vorhanden sind. Grund: Hiermit werden in der Regel keine Katastrophenschäden versichert. So kann ein etwas teureres Brillengestell zur Not aus eigener Tasche bezahlt werden. Lediglich der Zahnbereich kann höhere Kosten verursachen.

Ambulante Zusatzversicherungen

Das Risiko des Besuchs von Ärzten, die keine Kassenzulassung mehr haben oder mehr als die üblich festgelegten Sätze abrechnen möchten wird hier abgesichert. Teils betrifft die auch Leistungen des Heilpraktikers. Der Schutz ist aber sehr teuer. Mit ca. 50€ monatlich kann gerechnet werden. Daher ist dies grundsätzlich nicht zu empfehlen, zumal die meisten Anbieter Ihre Leistungen drastisch kappen, wenn die gesetzliche Kasse nicht in Vorleistung geht und dann nur noch 30-50% der Leistungen erbringen. Daher raten wir vom Abschluss solcher Policen grundsätzlich ab.

Ergänzungsversicherungen /ambulante Zusatzversicherungen

Die Angebote der Versicherer im Bereich der ambulanten Zusatzversicherung / Ergänzungstarife sind äußerst vielfältig. So erbringt der eine Versicherer lediglich Leistungen bei Zahnersatz. Der Leistungskatalog eines anderen Anbieters sieht möglicherweise Erstattungen für Brillen, im Ausland und beim Heilpraktikerbesuch vor. Ein Dritter Anbieter erbringt ggf. Leistungen beim ambulanten Arztbesuch, bei Kuren bei Zahnersatz- und Behandlung und so weiter. Sollten Sie an einem Ergänzungsangebot für den ambulanten Bereich interessiert sein, ist es wichtig, dass Sie vorab Ihre individuellen Absicherungsschwerpunkte setzen. Diese können beispielsweise in den Bereichen:

- Zahnersatz (ggf. inkl. Leistungen bei Implantaten)
- Zahnbehandlung, dazu zählen Inlays!
- Kuren
- Brillen
- im Ausland
- Hilfsmittel
- Übernahme der Praxisgebühr liegen
- Zuzahlung zum Heilpraktiker.

Aber Achtung: Es wird nicht alles unbegrenzt gezahlt. Es sind viele Limits für die einzelnen Leistungen erhalten. Da die Entschädigungen kein wirklich wichtiges Risiko abdecken, halten wir solche Policen für überflüssig.

Zahnzusatzversicherung

Nachgefragt werden oftmals Zahnzusatzversicherungen. Mit dem Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden ab 2005 die bisher prozentualen Zuschüsse für Zahnersatz durch befundbezogene Festzuschüsse ersetzt. Die Vertretung der Zahnärzte und der gesetzlichen Krankenkassen haben in einem Befundkatalog die Standardbehandlung von Kassenpatienten bei der Versorgung mit Zahnersatz festgelegt. Das Maß für den Festzuschuss der Kasse bildet der Aufwand für die Regelversorgung bei Vorliegen eines entsprechenden Befundes. An diesem Festbetrag orientiert sich der Kassenzuschuss von 50 bzw. 65 Prozent bei regelmäßiger Zahnprophylaxe (Wichtig: Bonusheft führen!). Aufwendigere Versorgungsformen (z. B. Brücken oder implantatgestützter Zahnersatz anstelle von herausnehmbaren Prothesen) werden nur noch bis zur Höhe der befundbezogenen Festbeträge bezuschusst. Bezogen auf den Gesamterstattungsbetrag für zahnprothetische Behandlungsmaßnahmen hat dieses in vielen Fällen zur Folge, dass die Erstattung durch die Kasse in Prozent deutlich geringer und damit die Eigenbeteiligung des Versicherten spürbar höher ausfällt.

Helge Kühl Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4
24214 Neudorf
HRA 8254 KI

Versicherungen
Investment
Bausparen
Finanzierungen

Förde-Sparkasse
IBAN DE70210501700005045034
BIC NOLADE21KIE
St. Nr. 12 148 01946



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

Bei der Problemstellung handelt es sich jedoch eher ein Finanzierungs- und nicht ein Versicherungsproblem. Gute Anbieter schießen bis zu 50% und mehr zu den Kosten für einen Zahnersatz, manchmal auch zum Inlay dazu. Die Kosten für den Versicherungsschutz liegen bei solchen Erstattungssätzen zwischen 15 und 25 € monatlich. Ein neuer Zahn oder ein neues Inlay kosten gewöhnlich zwischen 500 und 600 €. 50% davon machen daher gerade mal den Jahresbeitrag aus. Jedes Jahr muss daher ein neuer Zahn oder ein neues Inlay her, damit sich die Sache lohnt. Eigentlich doch recht unwahrscheinlich. Nur wenn Wert auf eine künftige teure Implantatversorgung, die Preise für ein Implantat bewegen sich zwischen 2.000 € bis 4.000 €, gelegt wird, kann der Schutz Sinn machen. Ein Implantat ist meist dann notwendig, wenn durch Parodontose Zähne verloren gehen. Es ist bei Vertragsabschluss darauf zu achten, ob der Schutz überhaupt bei der Implantatversorgung greift und auch für alle Zähne gilt. Der regelmäßige Zahnarztbesuch, eine gründliche Reinigung der Zähne hilft aber auch hier, das Risiko deutlich zu senken. Vor Vertragsabschluss sollten auch die Summenbegrenzungen, die die Anbieter insbesondere in den ersten Versicherungsjahren vornehmen, beachtet werden.

Auslandsreisekrankenversicherung

Außerordentlich wichtig bei Auslandsreisen ist eine Auslandsreisekrankenversicherung. Diese gibt es bereits für knappe 10 € pro Jahr für alle Urlaubsreisen eines Jahres bis meist 42 Tagen.

Die gesetzliche Krankenkasse bietet keinen Schutz in Ländern, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht. Und selbst wenn ein Abkommen bestehen sollte: Der Rücktransport ist nicht mitversichert und die Behandlungskosten werden nach deutschem Recht abgerechnet. Schlecht wenn Sie beispielsweise beim Skifahren in Österreich verunglücken und der behandelnde Arzt einen höheren Satz berechnet. Dann zahlen Sie ohne Zusatzschutz die Differenz aus eigener Tasche.

Auch für Privatversicherte macht der Schutz meist Sinn. So ist der medizinisch notwendige Rücktransport in den meisten Policen nicht mitversichert. Außerdem sichert man sich so eine etwaige Beitragsrückerstattung, da die "normale" Police durch einen Versicherungsfall in der Regel schadenbelastet wird. Selbstbeteiligungen sind in Auslandsreisekrankenpolicen meist nicht enthalten.

Achtung: Das Kleingedruckte, die Versicherungsbedingungen, dieser Versicherungsart enthält so manche unliebsame Überraschung parat.

Zu prüfen sind unter anderem folgende Sachverhalte:

Berufliche Reisen

Sind auch berufliche Reisen mitversichert? Wenn ja, bis zu welchem Zeitraum?

Schutz in Krisen- und Krisengebieten

Gibt es einen generellen Ausschluss oder wird nur bei aktiver Teilnahme nicht geleistet? Einige Anbieter begrenzen den Schutz auch nur auf einige Tage bei einem überraschenden Kriegsfall.

Nachleistung

Erkrankt man im Ausland schwer und kann nicht zurückgefliegen werden und endet dann der versicherte Zeitraum, bieten die Anbieter Schutz für einen gewissen Zeitraum. Gute Anbieter leisten dann unbegrenzt weiter.

Krankenrücktransport

Wird nur geleistet, wenn der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder die Behandlungskosten die Transportkosten übersteigen. Besser: Der Versicherer erbringt bereits Leistungen, wenn ein



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

Rücktransport sinnvoll oder vertretbar ist oder wenn die Behandlung länger als 14 Tage dauert.

Vorerkrankungen

Verbraucherfreundlich sind Bedingungen, wenn der Versicherer nur dann nicht leistet, wenn die Behandlung im Ausland geplant war. Schlecht sind Policen, in denen die Leistung schon verweigert wird, wenn eine Einschränkung auf "akute", "unerwartete" oder "unvorhergesehene" Erkrankungen vorgenommen wird.

Krankentagegeldversicherung

Für Selbständige und Besserverdienende, die mit den gesetzlichen Tagegeldansprüchen finanziell nicht zurechtkommen, empfiehlt sich der Abschluss einer privaten Krankentagegeldversicherung. Diese Versicherung deckt mögliche Einkommenseinbußen im Krankheitsfall. Nicht nur die Prämien der Versicherer, sondern auch die Leistungen unterscheiden sich erheblich. Zusatzinfos erhalten Sie über unser Sonderinfo zur Krankentagegeldversicherung.

Wartezeiten

Bei privaten Zusatzversicherung gibt es Wartezeiten (Ausnahme: Auslandsreisekrankenversicherung). Diese beträgt generell 3 Monate. Für Zahnbehandlung, -ersatz, Kieferorthopädie, Psychotherapie, Entbindung beträgt die Wartezeit gar 8 Monate. Die Wartezeit kann bei Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichts erlassen werden. Die Kosten hierfür (ca. 50 €) trägt der Versicherte. Bei Zustandekommen des Vertrags wird vom Versicherer ein Teil der Kosten, oftmals ein Monatsbeitrag, übernommen.

Versicherungsantrag und Risikovorfrage

Die richtige und detaillierte Beantwortung der gestellten Gesundheitsfragen sind für jeden Versicherungsnehmer Grundvoraussetzung für die dauerhafte Gewähr des Versicherungsschutzes, da ansonsten der Versicherer möglicherweise wegen „Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ vom Vertrag zurücktreten kann. Auch noch so unwichtig erscheinende Vorerkrankungen oder Arztbesuche sind anzeigepflichtig.

Versicherer haben die Kunden besonders im Auge, die ein erhöhtes Risiko mit sich bringen. Um eine Vorauswahl treffen zu können, fragen sie häufig nach, ob schon ein Antrag für eine Kranken-, Pflege- oder Lebensversicherung abgelehnt wurde. Hier zu schummeln, hilft nicht. Die Unternehmen speichern Ihre Anträge. Werden Sie bei einem Anbieter auffällig, fragt dieser über den PKV-Verband bei den anderen Anbieter nach, ob dort Daten vorlägen. Kann er „Schummelei“ nachweisen, wird er vom Vertrag zurücktreten oder diesen gar wegen arglistiger Täuschung anfechten. Das Rücktrittsrecht des Versicherers besteht binnen der ersten drei Versicherungsjahre. Bei Arglist kann sich der Anbieter gar binnen der ersten 10 Jahre vom Vertrag lösen. Dabei haben Tests gezeigt, dass die Versicherer gleichartige Vorerkrankungen und die damit verbundenen Risiken durchaus unterschiedlich beurteilen.

Unser Service: nachdem wir mit Hilfe von Expertensoftware geeignete Anbieter herausgefiltert haben, führen wir bei diesen zunächst eine so genannte **Risikovorfrage** durch. Und das funktioniert so:

1. Schritt: Beitragsvergleich anfordern

Zunächst senden Sie uns bitte die beigefügte Risikoanalyse zusammen mit den Kundenbasisdaten ausgefüllt zurück.

2. Schritt: Analyse und Empfehlung

Wir senden Ihnen, nachdem wir einen Preis-/Leistungsvergleich mit der renommierten Software aus dem Hause Levelnine durchgeführt haben,

- eine Beitragsanalyse,
- einen detaillierten Leistungsvergleich sowie
- die Gesundheitsfragen samt Stammdaten von einigen Top-Anbietern zu.



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

3. Schritt: Risikovorfrage stellen

Sie ergänzen diese Unterlagen und senden uns diese zurück. Sollten Sie bereits im Besitz von Attesten bzw. ärztlichen Befundberichten sein, ist es sinnvoll, diese ebenfalls an uns zu senden.

4. Schritt: Vorabprüfung und Weiterleitung

Ihre Unterlagen werden durch uns vorgeprüft. Sollten wir bestimmte Angaben benötigen werden wir Sie kontaktieren. Ggf. werden wir weitere Daten durch Schwärzen anonymisieren. Die Gesundheitsfragen und ggf. Selbstauskünfte /ärztliche Befundberichte und Atteste werden von uns mit dem Zusatzhinweis, dass es sich zunächst um eine Risikovorfrage handelt, an die ausgewählten Versicherungsunternehmen weitergeleitet.

5. Schritt: Weitere Prüfungen

Gegebenenfalls ist eine weitere Prüfung unter Einholung von ärztlichen Attesten/Befundberichten notwendig. Dann kann man dem Versicherer entweder die fehlenden persönlichen Daten weitergeben. Besser aber ist es, wenn Sie diese auf eigene Kosten besorgen. Sie leiten diese Unterlagen an unser Haus weiter. Wir schwärzen dann ggf. wieder einige Angaben, die eine persönliche Identifizierung zulassen würden (z.B. Anschrift) und senden die Unterlagen an den Versicherer.

6. Schritt: Schlussempfehlung

Nachdem wir die neuen Prüfberichte von den Versicherungsunternehmen erhalten haben, werden wir Ihnen diese dann zusammen mit einer Einschätzung und entsprechenden Empfehlungen weiterleiten.

7. Schritt: Antrag stellen

Wir stimmen uns mit Ihnen ab und entscheiden dann, ob und bei welchem Unternehmen ein Antrag gestellt werden soll. Wir senden Ihnen dann die erforderlichen Antragsunterlagen samt Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zu. Sie ergänzen die Unterlagen und senden uns diese wieder zu. *Erst nach Abgabe dieser Vertragserklärung müssen Sie auch keine dann neu auftretenden Krankheiten / gesundheitlichen Beeinträchtigungen mehr nachmelden. Es sei denn, der Versicherer stellt dann doch noch weitere Nachfragen.*

8. Schritt: Abschluss

Wir leiten dann die Antragsunterlagen an den Versicherer weiter. Wenn Sie dann später die Police des Versicherungsunternehmens in den Händen haben, ist der Vertrag zustande gekommen.

Mindeststandards

Wie vorab bereits beschrieben, sollten abgeschlossene Versicherungsprodukte bestimmte Mindeststandards erfüllen, ansonsten drohen gravierende Lücken im Versicherungsschutz.

Folgende Mindeststandards unterstellen wir dabei in unseren Vergleichungen:

Im Einzelnen lauten die Mindeststandards in der privaten Krankenzusatzversicherung:

- Die vom Versicherer verwendeten allgemeinen Versicherungsbedingungen dürfen in keinem einzigen Punkt Regelungen enthalten, die aus Verbrauchersicht ungünstiger sind als die vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) „empfohlenen“ Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009). Sofern derzeit noch Abweichungen vorhanden sind, garantiert der Versicherer, dass Schäden mindestens nach den vom PKV-Verband empfohlenen Bedingungen reguliert werden. Im Falle von Abweichungen wird der Versicherer seine Vertragsbedingungen innerhalb eines Jahres mindestens auf den Deckungsumfang des Verbandsmodells umstellen. Abweichungen, die den Versicherungsumfang unberührt lassen, sind zulässig.



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

Mindeststandards in der stationären Zusatzversicherung

- Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung. Wenn Verzicht hierauf möglich muss Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt werden
- Von der GKV nicht übernommenen Restkosten durch die Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses sollen erstattet werden.
- Keine Leistungsbeschränkungen auf Unfälle oder bestimmte Erkrankungen / keine sonstigen Ausschnittsdeckungen.
- Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren

Mindeststandards in der Zahnzusatzversicherung

- Erstattung erfolgt vom Rechnungsbetrag(nicht vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag)
- Gesondertes Preis-/Leistungsverzeichnis darf nicht vorhanden sein.
- Keine Summenbegrenzungen bei Unfall
- Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren
- Leistungen grundsätzlich über dem Niveau der GKV-Regelversorgung.