

Ratgeber Private Krankenzusatzversicherung

Krankenzusatzversicherungen

Zusatz-Ergänzungstarif oder klassischer Einzeltarif?

Richtige Tarifwahl mit ONLINE-Vergleichsrechnern

Für den ambulanten Bereich

Für die Zahnbehandlung:

Die gesetzlichen Änderungen im Überblick

Für das Krankenhaus

Krankentagegeld – Verdienstaufschlag

Krankenhaustagegeld

Impressum

Unsere Service umfasst:

Beratung, Vermittlung und Betreuung aller Privat-Versicherungen. Weiterhin bieten wir Versicherungsschutz für Gewerbe, Handel, Handwerk, Dienstleistung, Industriegebiete und Freiberufler an.

Im Zusammenhang mit dem Internetauftritt bietet Versicherungsvergleich.de einen kostenfreien Beratungsservice unter der Telefonnummer 0 800-8 701 702



Versicherungsvergleich.de

Versicherungsmakler OHG

Gegründet/Ursprung:

1985

Inhaber/Geschäftsführung:

B. Smieskol und V. Hahn

Firmensitz/Hauptzentrale:

Gilching bei München

Zahl der Servicemitarbeiter/innen:

21

Zahl der Kooperationspartner/
Finanzdienstleister:

256

Vertragsgesellschaften/Versicherer:

209

Internetauftritt seit:

1998 (mehrfach ausgezeichnet)

Das finden Sie im Ratgeber:

Der folgende kleine Ratgeber soll Ihnen bei der Orientierung und der Entscheidungsfindung zum Abschluss einer privaten Haftpflichtversicherung behilflich sein. Wir haben die wichtigen Punkte aufgegriffen und für Sie zusammengestellt.

Impressum

1. Zusatz-Ergänzungstarif oder klassischer Einzeltarif?	Seite 4
2. Richtige Tarifwahl mit dem VERSDIREKT-ONLINE-Vergleichsrechner	Seite 4
3. Zusatzversicherung für den ambulanten Bereich	Seite 5
4. Zusatzversicherung für den stationären Bereich	Seite 6
5. Zahnzusatzversicherung	Seite 6
6. Zahnleistungen der Privaten Versicherer	Seite 10
7. Krankentagegeld/Verdienstausfall	Seite 10
8. Krankenhaustagegeld	Seite 11
9. Die Angebote der GKV	Seite 12
10. Gesundheitsreform – Zuzahlungen im Überblick	Seite 12
11. Krankenhaus	Seite 13
Wir sind Ihre Ansprechpartner für	Seite 15

Anhang Angebotsanforderung – Private Haftpflichtversicherung

Auf Grund des komplexen Themas können möglicherweise nicht alle Ihre Fragen beantwortet werden. Nutzen Sie daher die für Sie kostenfreie Hotline unter der Telefonnummer 0 800-8 701 702 oder besuchen Sie unsere Internetseite:
www.versicherungvergleich.de/haftpflichtversicherung

1. Zusatz-Ergänzungstarif oder klassischer Einzeltarif?

Mit Einführung der Gesundheitsreform, d. h. der umfangreichen Leistungseinschränkungen der gesetzlichen Krankenkassen, brachten viele Privatversicherer die sogenannten Zusatz-Ergänzungstarife auf den Markt. Wie der Name bereits aussagt, ergänzen diese Tarife den gesetzlichen Versicherungsschutz an den Stellen an denen Leistungen gekürzt oder gar ganz gestrichen wurden. Diese Tarife beinhalten also Leistungen für den ambulanten Bereich (z. B. Kostenerstattungen für Heilpraktiker, Sehhilfen u. s. w.) und/oder den Zahnbereich (z.B. Kostenerstattung für Zahnersatz, Implantate u. s. w.) und/oder den stationären Bereich (z.B. Kostenerstattung für den Krankenhauseigenanteil u. s. w.). Diese Tarife beinhalten i. d. R. also automatisch Leistungen für mehrere Bereiche, die in ihrer Höhe oftmals stark begrenzt sind. So ist der Versicherungsnehmer durch die Tarifstruktur gezwungen ein Paket zu kaufen. Also Leistungen mitzuversichern auf die er möglicher Weise gar keinen Wert legt.

Neben diesen neu eingeführten Tarifen bestehen selbstverständlich heute noch die klassischen Einzel-Zusatzversicherungen, die vom Versicherungsnehmer für jeden Bereich separat gewählt werden können. Die Leistungen/Höhe dieser Tarife sind häufig sehr flexibel gestaltet, d. h. als Versicherungsnehmer legen Sie ganz individuell den Leistungs-rahmen fest.

Auf den ersten Blick spricht nun alles für die klassischen Einzeltarife. Dies trifft aber nicht in allen Fällen zu.

Vielleicht sind Ihnen die klassischen Einzeltarife zu teuer und Ihnen reicht eine eingeschränkte Leistung aus. Oder Sie legen Wert auf nur eine zusätzliche Zahnversicherung. Diese bekommen Sie nach den klassischen Einzeltarifen aber häufig nur in Verbindung eines weiteren Tarifes. Kurzum eine richtige Entscheidung/Tarifwahl zu treffen ist nicht immer ganz einfach.

Tipp: Als Entscheidungshilfe dient Ihnen der aktuelle [Versicherungvergleich.de](https://www.versicherungvergleich.de)-Rechner.

Einfacher geht es nicht: Sie geben die von Ihnen gewünschten Leistungen ein und in der Vergleichstabelle werden diese im Detail auf grünem Hintergrund dargestellt. Klicken Sie auf das jeweilige Spaltenfeld und Sie erhalten weitergehende Beschreibungen und Tarifinformationen. Beinhaltet der Tarif zusätzliche Leistungsinhalte (was bei den Zusatz-Ergänzungstarifen meistens der Fall ist), so sind diese in den jeweiligen Spalten (HP=Heilpraktiker, HM=Heilmittel u. s. w.), mit einem »+« gekennzeichnet und können bei Ihrer Entscheidungsfindung somit berücksichtigt werden. Die Vergleichsliste zeigt Ihnen selbstverständlich nicht nur die Leistungen sondern auch den Zahlbeitrag.

Wichtig: Bei allen Tarifen ist ein besonderes Augenmerk auf die Leistungsgrundlage zu werfen. D. h. als Grundlage der Erstattung nimmt der eine Versicherer den gesamten Rechnungsbetrag und der andere den Eigenbetrag (Rechnungsbetrag abzüglich Leistung der gesetzlichen Krankenkasse).

Oder: Der Versicherer leistet grundsätzlich nur wenn auch eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse erfolgt!

Da diese Bestimmungen mehr als wichtig sind wurden die entsprechenden Informationen in den Vergleich mit aufgenommen und werden in den Spalten »Rech/Eigen« und »Vorl. GKV« angezeigt!

Fazit: Vergleichsrechner die diese Informationen nicht anzeigen, können u. E. bei der Entscheidungsfindung schlicht vergessen werden.

4. Zusatzversicherung für den stationären Bereich

Hier stehen die klassischen Tarife zur Verfügung. Versicherbar ist das Ein- oder Zweibett-Zimmer.

Es werden i. d. R. die Mehrkosten für die bessere Unterbringung sowie die zusätzlich anfallenden Arztkosten übernommen. Für den Versicherten besteht dem Grunde nach die freie Krankenhaus- (also auch Privatkliniken!) und Arztwahl. Will man in eine sogenannte gemischte Klinik (Krankenhäuser die auch Rekonvaleszenz und Kuren durchführen) aufsuchen, so sollte vorab mit dem Versicherer die Leistungsübernahme geklärt sein.

Die meisten Versicherer bieten die Krankenhaus-Zusatztarife mit einer Leistungshöhe im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Ärzte-Gebührenordnungen an (im allgemeinen ausreichend). Die kleinere Anzahl hingegen hat ein weitergehendes Angebot: Es werden auch die Kosten übernommen, die über den Rahmen der Gebührenordnung hinausgehen! Dieser Versicherungsschutz ist für den anspruchsvollen Versicherten bestimmt, der Wert auf die Behandlung von Ärzten legt, die nun mal ein höheres Honorar für ihre Leistungen verlangen. Sie müssen hier keine Bedenken haben. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, vor dem Behandlungsbeginn Ihr Einverständnis hierzu einzuholen. Durch diese Tarife unterliegen Sie somit so gut wie keinerlei Einschränkungen und können den Arzt Ihres Vertrauens wählen.

5. Zahnzusatzversicherung

Vor der richtigen Wahl einer privaten Zahnzusatzversicherung muss vorab einiges zu den heutigen und künftigen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen erläutert werden. Wir stellen Ihnen folgend einen Auszug vom 24. 9. 2004 aus den Seiten des »Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen« und der »Bundes-zahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.« zur Verfügung. Zum Schluss fassen wir dann dieses Thema zusammen.

Auszug/Anfang (Bayerisches Staatsministerium):

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen haben im Rahmen der Krankenbehandlung Anspruch auf zahnärztliche Behandlung. Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, sofern keine Ausnahmeindikationen vorliegen.

Die notwendige und zweckmäßige zahnärztliche Behandlung umfasst alle Tätigkeiten eines Vertragszahnarztes und seiner Hilfspersonen (z. B. Zahntechniker).

Versicherte haben Anspruch auf die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Der Zahnersatz umfasst auch Zahnkronen. Zu der Versorgung mit Zahnersatz leisten Versicherte einen Kostenanteil von 50% auf der Berechnungsgrundlage des Heil- und Kostenplanes. Bei guter Zahnpflege mindert sich dieser Kostenanteil auf 40%. Eine gute Zahnpflege setzt bei Erwachsenen eine regelmäßige jährliche Zahnuntersuchung bzw. bei 6 bis 18-jährigen Versicherten eine regelmäßige halbjährliche Individualprophylaxe innerhalb der letzten 5 Jahre voraus. Der Anteil kann sich auf 35% mindern, wenn Versicherte die Zähne regelmäßig gepflegt haben und in den letzten 10 Jahren ohne Unterbrechung alle Untersuchungen einschließlich der Individualprophylaxe in Anspruch genommen haben. Wählen Versicherte einen Zahnersatz, der dem gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebot nicht entspricht, haben sie die Mehrkosten in vollem Umfang selbst zu zahlen. Vor Beginn der Zahnbehandlung hat der Zahnarzt einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der vor Behandlungsbeginn von der Krankenkasse zu prüfen ist. Die Krankenkasse hat den Versichertenanteil zu bestimmen; aufwendige Versorgungsformen kann sie begutachten lassen. Nach dem Ende der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse zu zahlenden Kosten mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen große Brücken zum Ersatz von mehr als vier Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände und Kombinationsversorgungen mit mehr als zwei Verbindungselementen je Kiefer. Bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer wird auch das dritte Verbindungselement bezuschusst.

Eine vollständige bzw. teilweise Befreiung von der Zuzahlung ist in Härtefällen möglich. §§ 21, 22, 27, 28, 30, 61, 62, 87a Sozialgesetzbuch V; § 28 Sozialgesetzbuch VII.
Auszug/Ende

Was sind befundorientierte Festzuschüsse? (Auszug vom 24. 9. 2004 aus den Internetseiten der Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.)

Mit Wirkung ab 1.1. 2005 werden die bisherigen prozentualen Zuschüsse zum Zahnersatz auf befundorientierte Festzuschüsse umgestellt.

Auszug/Anfang (Bundeszahnärztekammer):

Ausgehend von der Tatsache, dass der medizinisch-technische Fortschritt und neue wissenschaftliche Erkenntnisse die zahnmedizinische Versorgung und damit das zahnärztliche Berufsbild in den vergangenen 20 Jahren gründlich in Richtung Prävention verändert haben, ist es notwendig, diesen Fortschritt den Patienten auch unter den Bedingungen eines solidarischen Krankenversicherungssystems zukommen zu lassen.

Ziel ist es, das Erstattungssystem so umzugestalten, dass der Patient individuell aus allen möglichen Therapiealternativen frei wählen kann, ohne seinen Anspruch auf den Zuschuss aus der solidarischen Versicherung zu verlieren.

Das bisherige prozentuale Erstattungssystem beim Zahnersatz ist zum einen wenig präventiv orientiert und zum anderen ungerecht, weil er denjenigen bevorteilt, der von sich aus in der Lage ist, eine finanziell aufwendigere und damit hochwertigere Versorgung zu finanzieren.

Jeder, der bereits von einer Zahnersatzlösung betroffen war, hat festgestellt, dass es für eine Situation in der Zahnmedizin oftmals mehrere Lösungsmöglichkeiten gibt. Die bisherige prozentuale Regelung macht es möglich, dass derjenige, der sich hochwertigeren Zahnersatz selbst leisten kann, auch höhere Zuschüsse aus der gesetzlichen Krankenversicherung erhält. Im Sinne des Solidargedankens ist diese Regelung sicherlich nicht gerecht, so dass hier Änderungsbedarf besteht. Die derzeitige Situation ist auch davon gekennzeichnet, dass der Patient für bestimmte Zahnersatzformen Zuschüsse von seiner Krankenkasse erhält, aber auch gleichzeitig erlebt, dass insbesondere bei sehr aufwendigen und hochwertigen Versorgungsmitteln mit Zahnersatz (z. B. bei Implantaten), keinerlei Zuschüsse der Krankenkassen beim gleichen Befund erstattet werden.

Das von der Zahnärzteschaft eingebrachte befundorientierte Festzuschussmodell basiert auf der Tatsache, dass die moderne Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde meist verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieoptionen für ein und denselben Befund bietet. Ein solches Modell orientiert sich nicht mehr an dem Therapiemittel, also an der Zahnersatzlösung, sondern am Befund, d. h. am Zerstörungszustand der Zähne bzw. an der Anzahl und Lage der fehlenden Zähne.

Beim befundorientierten Festzuschussmodell erhält der Patient unabhängig vom gewählten Therapiemittel einen fixen befundbasierten Festzuschuss von der Krankenversicherung.

Therapievielfalt am Beispiel »Einzelzahn­lücke«

Dieses befundbezogene Finanzierungsmodell lässt sich am Beispiel des Befunds »Einzelzahn­lücke« anschaulich darstellen. Der zahnmedizinische Befund »Einzelzahn­lücke« bietet mehrere Therapiealternativen, die sich hinsichtlich Art, Umfang und Kosten voneinander unterscheiden, z. B. Prothese, Brücke, Klebebrücke, Implantat. Bei dem befundbezogenen Festzuschussmodell erhält der Patient einen Festzuschuss für den Befund »Einzelzahn­lücke« unabhängig davon, für welches zahnmedizinische Therapiemittel er sich entscheidet. Dieses Erstattungsmodell ist sozial ausgewogen, da es zu keiner Therapieausgrenzung führt: Ob Brücke oder Implantat, die gezahlte Summe bleibt dieselbe und wird solidarisch finanziert.

Bisher zahlen die gesetzlichen Krankenkassen einen prozentualen Zuschuss in Höhe von 50 bis 65 Prozent für das Therapiemittel, ausgenommen Klebebrücke (Ausnahme im Alter von 14 bis 20 Jahren) und Implantat. Eine prozentuale Zuschussung bedeutet, dass der Versicherte, der statt einer einfachen eine teurere Versorgung wählt, z. B. Brücke statt Prothese einen Festbetrag von der Krankenkasse erhält. Für eine noch aufwendigere Versorgung außerhalb des Leistungsrahmens der GKV (Klebebrücke, Implantat) verliert der Patient den Zuschuss ganz (Therapieausgrenzung), obwohl diese Alternativen eine ursachengerechte, minimalinvasive und präventionsorientierte Intervention darstellen.

Wie sind die befundorientierten Festzuschüsse im GMG geregelt?

Ab dem 1. Januar 2005 werden von den gesetzlichen Krankenkassen bei der Versorgung mit Zahnersatz statt der bisherigen prozentualen Anteile der Kosten für Zahnersatz befund-bezogene Festzuschüsse gezahlt. Grundlage für die Höhe der Zuzahlung der Krankenkasse ist somit nicht mehr das gewählte Therapie-mittel, sondern der individuelle Befund, d. h. der Grad der Zerstörung der Zähne bzw. die Anzahl und Lage der fehlenden Zähne, abhängig von der üblicherweise bei diesem Befund eingesetzten Versorgung (sogenannte Regelver-sorgung).

Der Gemeinsame Bundesausschuss, ein Gremium paritätisch von Zahnärzten und Kranken-kassen, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern besetzt, hat bis zum 30. Juni 2004 die Befunde zu bestimmen, für die Festzuschüsse gewährt werden. Diese Befunde werden dann den prothetischen Regelversorgungen zugeordnet. Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses.

Ferner sind Regelungen zu treffen, bei denen der Versicherte Festzuschüsse auch bei der Wahl bei einem über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen oder andersartigen Zahnersatz erhält. Damit wird für den Versicherten mehr Wahlfreiheit geschaffen, ohne seinen Anspruch auf die Festzuschüsse zu verlieren.

(Weitere Informationen zu den Änderungen ab 2005 erhalten Sie auch auf der Website der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung: www.kzbv.de/m32.htm) Ende/Auszug

Fazit, praktische Auswirkung für den Versicherten und Empfehlung:

1. Ab Juli 2005 müssen Arbeitnehmer künftig einen Beitragsaufschlag von 0,9 Prozent ihres Einkommens für Zahnersatz und Krankengeld an die Krankenkassen abführen. Im Gegenzug sollte der je zur Hälfte finanzierte allgemeine Beitragssatz in 2005 um 0,45 und in 2006 um 0,9 Prozentpunkte reduziert werden. Dass dieses Ziel nicht im Ansatz erreicht wurde steht mittlerweile fest.
2. Darüber hinaus wird die Erstattungsgrundlage der gesetzlichen Kassen auf befund-orientierte Festzuschüsse umgestellt. Diese Befunde werden dann den prothetischen Regelversorgungen zugeordnet. D. h. übersetzt: Für alle Leistungen die nicht den prothetischen Regelversorgungen entsprechen gibt es noch weniger Zuschuss.
3. Eine private Zahnzusatzversicherung ist wichtiger denn je, damit Sie im Alter noch gut lachen haben!

6. Zahnleistungen der Privaten Versicherer

Es werden Leistungen für

Zahnersatz

Inlays

Implantate

angeboten. In den meisten Fällen sind diese Tarife nur in Kombination mit einem Zusatztarif zu haben. Die Zahnleistungen sind i. d. R. maximiert und auch häufig mit einer Leistungs-staffel ausgestattet. Leistungsstaffel heißt, dass pro Jahr nur eine bestimmte Leistungs-summe vom Versicherer erbracht wird. Hier gibt es gravierende Unterschiede. Zudem ist bei der richtigen Tarifwahl ja auch noch die Leistungsgrundlage, wie bereits beschrieben, zu berücksichtigen! Der Versicherungsvergleich.de-Vergleich beinhaltet all diese Leistungs-merkmale.

Und noch ein wichtiger Hinweis:

Es ist verständlich, dass sofern Behandlungen vom Arzt bereits angeraten sind und/oder eine bestimmte Anzahl von Zähnen fehlen und ersetzt werden sollen, es nicht ganz einfach ist den Versicherungsschutz zu bekommen den man gerne hätte. (Ein Haus was bereits brennt ist auch nicht mehr gegen Feuer zu versichern). Einige Versicherer lehnen ab einer bestimmten Zahl von fehlenden Zähnen die Aufnahme generell ab. Andere hingegen sind großzügiger und bieten Schutz an. Hier ist dann ggf. aber auch mit einem Beitragsmehr/Prämienaufschlag zu rechnen.

Wünschen Sie Versicherungsschutz, so beantworten Sie bitte in der Antrags- wie auch Angebotsanforderung unsere vorab gestellten Fragen zum Zahnzustand. Vielen Dank. Wir finden bestimmt den richtigen Versicherer und auch passenden Tarif.

7. Krankentagegeld/Verdienstausfall

Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt für den Arbeitnehmer i. d. R. ab dem 43. Tag, nach Beendigung der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, ihre Tagegeldleistung. Es werden 70% vom Bruttogehalt (max. 84,00 Euro pro Kalendertag), maximal jedoch 90% vom Nettoeinkommen geleistet. Die Höhe des Krankengeldes richtet sich nach dem Einkommen des Versicherten. Dieses wird bis zur Beitragsbemessungsgrenze (3.600,00/Monat 2008) berücksichtigt. Liegt der Verdienst über der Beitragsbemes-sungsgrenze so reicht die Leistung der gesetzlichen Krankenkasse nicht mehr aus.

Mit der privaten Krankentagegeld-Versicherung lässt sich Ihr Verdienstaufschlag nach der Lohnfortzahlung bis zu 100% ausgleichen. Dabei gilt das sogenannte Bereicherungsverbot, d. h. das Einkommen im Krankheitsfall darf nicht höher sein, als das normalerweise erzielte Einkommen. Für den Selbstständigen stellen die gesetzlichen Kassen einen Leistungsbeginn des Krankengeldes frühestens ab dem 22. Tag, gegen einen erheblichen Mehrbeitrag, zur Verfügung. Die privaten Versicherer hingegen ermöglichen den Leistungsbeginn bereits ab dem 4., 8., 15. und 22. Tag. Auch ist eine Kombination zweier Tagegelder möglich. Z. B. versichert werden 100 Euro ab dem 15. Tag und nochmals 50 Euro ab dem 22. Tag. Auch hier gilt das sogenannte Bereicherungsverbot, d. h. das Einkommen im Krankheitsfall darf nicht höher sein, als das normalerweise erzielte Einkommen.

Achtung Aussteuerung bei den gesetzlichen Krankenkassen:

Beim Krankentagegeld ist zu beachten: Für ein und dieselbe Krankenbehandlung, innerhalb von drei Jahren, wird das Krankentagegeld für nur max. 78 Wochen gezahlt (SGB 5 § 48 Dauer des Krankengeldes). Auf den ersten Blick erscheint dies vollkommen ausreichend. In der Praxis, wenn auch nicht so häufig, kommt es aber zu bedrohenden und existenzvernichtenden Situationen. Ein Fall aus der Praxis: Ein Versicherter verletzte sich derart am Auge, dass dies zu insgesamt 6 Operationen führte. Der Krankheitsverlauf/Dauer erstreckte sich auf über vier Jahre. Nach 78 Wochen wurde der Versicherte bestimmungsgemäß von der gesetzlichen Krankenkasse ausgesteuert. Die Sozialhilfe trat ein. Der Versicherte verlor seinen Arbeitsplatz und wie sollte es auch anders sein, das finanzierte Heim.

Die privaten Krankenversicherer kennen keine Aussteuerung.

8. Krankenhaustagegeld

Gesetzlich Versicherte zahlen bei Krankenhausaufenthalten jeweils bis 28 Tage 10 Euro aus der eigenen Tasche. Weitere Kosten können sein: Telefon- und Fernsehgebühren, Fahrtkosten für Familienangehörige, zusätzlicher Verpflegungsmehraufwand, Kosten für die Betreuung von pflegebedürftigen Familienangehörigen und natürlich auch der noch im Hause befindlichen Kinder. Auch für die Unterbringung von Haustieren in Tierpensionen entstehen ganz beachtliche Zusatzkosten. Die gesetzliche Krankenkasse bietet hier keine Leistungen. Mit dem privaten Krankenhaustagegeld (wird für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt) sind diese Kosten gedeckt. Das Krankenhaustagegeld kann in Stufen zu 5 oder 10 Euro und ein mehrfaches hiervon bis zu rund 100 Euro versichert werden.

Wartezeiten/Leistungsbeginn

Je nach Versicherungsschutz gibt es Wartezeiten: Die allgemeine Wartezeit beträgt zumeist drei Monate, vorher wird nicht gezahlt. Bei speziellen Anwendungen, wie etwa Zahnersatz, Schwangerschaft oder Psychotherapie, beträgt die Wartezeit acht Monate. Die meisten Versicherer verzichten bei Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes (hier sind die Formulare des Versicherers zu verwenden) auf Einhaltung dieser Wartezeiten, Sie haben also sofort Versicherungsschutz.

9. Die Angebote der GKV

Hier ist besondere Aufmerksamkeit geboten. Die meisten Kassen kooperieren mit einer PKV-Gesellschaft. Aber eben nur mit einer! Das Angebot beschränkt sich also auf die Leistungen nur eines Versicherers.

Geworben wird mit vermeintlichen Prämienvorteilen. I. d. R. betragen diese aber nur 1 bis 2 Euro. Hierfür nehmen Sie dann aber ggf. die eingeschränkte/unzureichende, Ihren Wünschen und vorhandenen Möglichkeiten nicht entsprechenden Leistungen in Kauf.

Fazit: Vergleichen lohnt also immer.

Und noch eines: Wechseln Sie die Kasse, so gehen Ihnen die vermeintlichen Vorteile verloren, denn diese Tarife sind an die Kassenmitgliedschaft gekoppelt. Die Kassen verwenden dieses Argument im besonderen Maße zur Kundenbindung. Viel schlimmer ist jedoch, dass bei einem späteren Wechselwunsch, sofern sich Krankheiten eingestellt haben, ein anderer Versicherer Sie möglicherweise gar nicht mehr aufnimmt oder auf Grund des Risikos einen Mehrbeitrag verlangt.

Besuchen Sie unsere Seite www.krankenkasse-krankenkassen.org.

10. Gesundheitsreform – Zuzahlungen im Überblick

Zu Ihrer Orientierung haben wir Ihnen die wichtigsten Leistungseinschränkungen der Gesundheitsreform aufgelistet. (Quelle: physio.de Informationsdienste GmbH)

Praxisgebühr beim Arztbesuch

Die Praxisgebühr beträgt 10 Euro. Sie ist in jedem Quartal für jede erste Inanspruchnahme eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten zu entrichten. Die Praxisgebühr wird erneut fällig, wenn der Versicherte im laufenden Quartal ohne Überweisung durch den zuerst auf-gesuchten Arzt einen weiteren Arzt konsultiert.

Arzt und Zahnarzt

Ein Arzt kann nicht an einen Zahnarzt überweisen (und umgekehrt ebenfalls nicht). Versicherte, die im selben Quartal sowohl einen Arzt als auch einen Zahnarzt aufsuchen, müssen deshalb sowohl beim Arzt als auch beim Zahnarzt 10 Euro Praxisgebühr zahlen.

Psychotherapie

Wer sowohl in psychotherapeutischer als auch in ärztlicher Behandlung ist, braucht nur einmal pro Quartal 10 Euro zu zahlen.

Praxisgebühr bei Überweisung aus dem abgelaufenen Quartal

Die Überweisung von einem Arzt zum anderen muss im selben Quartal ausgestellt sein. Übernimmt ein Arzt die weitere Behandlung eines Patienten auf Grund einer Überweisung, die im abgelaufenen Quartal ausgestellt worden ist, muss der Versicherte für das dann laufende neue Quartal eine Praxisgebühr zahlen.

Quartalsübergreifende Behandlung derselben Krankheit

Die Praxisgebühr ist mehrfach zu entrichten, wenn sich die Behandlung der-selben Krankheit über mehrere Quartale erstreckt.

Keine Praxisgebühr

Eine Praxisgebühr ist nicht zu zahlen, wenn ausschließlich

Schutzimpfungen

Gesundheits-/Vorsorgeuntersuchungen

Maßnahmen der Schwangerenvorsorge

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen

durchgeführt werden. Bei zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen fällt jedoch auch dann keine Praxisgebühr an, wenn die Vorsorgeuntersuchung weitere Leistungen, z. B. die Zahnsteinentfernung nach sich zieht. Das Legen einer Füllung ist allerdings nicht mehr ohne Zuzahlung möglich.

11. Krankenhaus

Zuzahlung zur stationären Krankenhausbehandlung

Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist pro Tag eine Zuzahlung von 10 Euro zu leisten. Die Zuzahlung ist auf längstens 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Zuzahlungen, die ein Versicherter im laufenden Kalenderjahr wegen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme an einen Träger der Renten-versicherung oder wegen einer Anschlussrehabilitations-maßnahme an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet hat, werden auf die Krankenhauszuzahlung angerechnet.

Zuzahlung zur medizinischen Anschlussrehabilitation

Bei Maßnahmen der medizinischen Anschlussrehabilitation haben die Ver-sicherten künftig für längstens 28 Tage eine Zuzahlung von 10 Euro pro Tag zu entrichten.

Zuzahlungen, die der Versicherte im laufenden Kalenderjahr wegen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme an einen Träger der Rentenversicherung oder wegen eines stationären Krankenhausaufenthaltes an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet hat, werden angerechnet.

Zuzahlung zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen haben die Versicherten eine Zuzahlung von 10 Euro je Tag zu leisten.

Die Zuzahlung ist für die gesamte Dauer der Maßnahme zu zahlen, sie ist also – anders als bei stationärer Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation – nicht befristet.

Zuzahlung zu Arzneimitteln

Die Zuzahlung zu Arzneimitteln beträgt 10% des Apothekenverkaufspreises, höchstens aber 10 Euro und mindestens 5 Euro. Kostet das Medikament weniger als 5 Euro, bezahlt der Patient dessen vollen Preis.

Die Neuregelung gilt auch für Mittel und Medizinprodukte, die in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen sind (Beispiel: Sondennahrung für die künstliche Ernährung).

Zuzahlung zur häuslichen Krankenpflege

Bei häuslicher Krankenpflege beträgt die neu eingeführte Zuzahlung 10% der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Die Zuzahlung ist auf die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege begrenzt.

Zuzahlungen zu Heilmitteln

Bei Heilmitteln (Beispiel: Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie) beträgt die Zuzahlung 15% der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung (Rezeptblatt).

Zuzahlungen zu Hilfsmitteln

Zu Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind (Beispiel: Rollstühle) ist eine Zu-zahlung von 10%, höchstens aber 10 Euro und mindestens 5 Euro zu entrichten. Kostet das Hilfsmittel weniger als 5 Euro, zahlt der Patient dessen vollen Preis. Bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (Beispiele: Stoma- und Inkontinenzartikel), beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, aber nicht mehr als 10 Euro pro Monat.

Zuzahlung zur Haushaltshilfe

Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe haben die Versicherten 10% der kalendertäglichen Kosten zu tragen. Ihre Zuzahlung beläuft sich aber pro Tag auf mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Kosten die Leistungen der Haushaltshilfe pro Tag weniger als 5 Euro, zahlt der Patient deren vollen Preis.

Zuzahlung zu Fahrkosten

Ab 2004 dürfen Fahrkosten von den Krankenkassen nur noch dann übernommen werden, wenn sie aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung trägt die Krankenkasse nach vorheriger Genehmigung ausschließlich in den besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Die Zuzahlung der Versicherten beläuft sich auf 10% der Fahrkosten, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Sind die Fahrkosten niedriger als 5 Euro, zahlt der Patient den vollen Fahrpreis.

Zuzahlungen zur Psychotherapie

Bei einer Psychotherapie haben die Versicherten der neu eingeführten Zuzahlungsregelung zufolge jeweils 10% der kalendertäglichen Kosten zu tragen. Ihre Zuzahlung beträgt pro Tag mindestens 5 Euro, höchstens aber 10 Euro. Kosten die Leistungen der Psychotherapie weniger als 5 Euro pro Tag, zahlen die Versicherten deren vollen Preis.

Wir sind ihre Ansprechpartner für

Personenversicherungen

Krankenvoll-, Krankenzusatz-, Kapitallebens-, Renten-,
Risikolebens-, Berufsfähigkeits-Vesicherungen

Sachversicherung

Haftpflicht-, Hausrat-, Unfall-, Kfz-,
Gebäude-Versicherungen, Rechtsschutz usw.

Firmenversicherung

Gewerbe, Handel, Handwerk,
Dienstleistungs- und Industriebetriebe, Freiberufler

Unsere Kontaktdaten:

Telefon 0 800-8 701 702

Telefax 0 81 05-77 89-888

E-Mail info@versicherungsvergleich.de

www.versicherungsvergleich.de

Ab ins Fax 0 8105-77 89-889 oder per Post

Versicherungsvergleich.de

Angebotsabteilung
Cecinastr. 70/72
D-82205 Gilching

Versicherungsmakler OHG

Telefon 0 800-8 701 702 Kostenfrei

Telefax 0 81 05-77 89-889

E-Mail: info@versicherungsvergleich.de

Angebotsanforderung - Private Krankenzusatzversicherung

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Ihre Mitteilung oder Wünsche an uns: _____

Ich bin:

Selbstständig seit

Angestellter

Beamter/Beihilfeberechtigt

Gehöre folgendem Heilberuf an:

Im ambulanten Bereich hätte ich gerne:

Akupunktur

Heilpraktiker

Heilmittel

Auslandsrücktransport

Beim Zahnarzt hätte ich gerne Erstattungen für:

Inlays

Zahnersatz

Zahnimplantate

Krankenhausaufenthalt mit Chefarztversorgung:

1-Bett-Zimmer mit Komfort

2-Bett-Zimmer

Verdienstausschlag:

Krankentagegeld in Höhe von

Euro ab dem Tag

Krankentagegeld in Höhe von

Euro