Ambulante Krankenzusatzversicherung

In zahlreichen Gesundheitsreformen wurden die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen immer weiter reduziert. Ob Sie die Zuzahlungen selber tragen sollten oder ob sich eine Versicherung lohnt, erfahren Sie jetzt.

Erfolgt über die gesetzliche Krankenkasse die Erstattung aller Behandlungskosten?

Nein, etliche Behandlungen sind über die gesetzliche Krankenkasse nicht oder nur zum Teil erstattungsfähig. Dazu gehören beispielsweise:

- Brille und Kontaktlinsen
- Heilpraktikerleistungen
- Naturheilverfahren
- Impfungen
- Vorsorgeuntersuchungen
- Arznei- und Verbandmittel, Fahrtkosten und Hilfsmittel (Zuzahlungen)

Wie bekomme ich den Status eines Privatpatienten?

Ambulante Ergänzungsversicherung
Teilweise führen Ärzte Behandlungen durch, die von der gesetzlichen Krankenkasse nicht getragen werden. Diese Kosten werden ganz oder teilweise von der Ergänzungsversicherung übernommen.

Der Arzt rechnet die erstattungsfähigen Leistungen weiterhin mit der gesetzlichen Krankenkasse ab.

→ Sie behalten den Status eines **gesetzlich Versicherten**

Sie haben beim Arzt den Status eines **Privatpatienten** ←

Ambulante Zusatzversicherung
Der Arzt stellt Ihnen für alle Behandlungen eine Rechnung. Diese leiten Sie an Ihre gesetzliche Krankenkasse weiter und bitten um anteilige Erstattung. Über die Zusatzversicherung werden im Rahmen des Versicherungsschutzes die verbleibenden Kosten erstattet.

Der Arzt rechnet alle Behandlungen nach der Gebührenordnung für Privatpatienten ab.

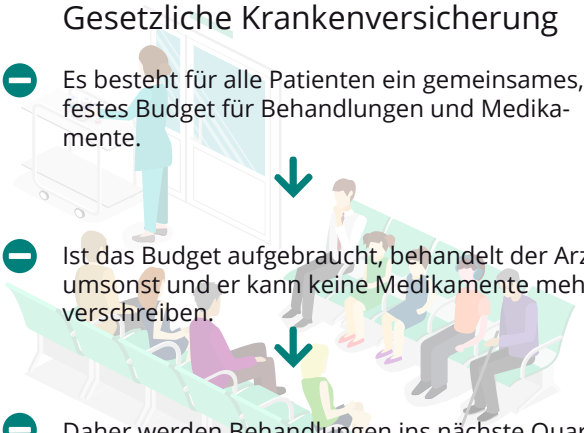
© DEMV Deutscher Maklerverbund GmbH

Benötige ich den Status eines Privatpatienten?

Der Versicherungsstatus entscheidet in Deutschland über den Umfang der Behandlung und die Wartezeit bis zur Terminvergabe.

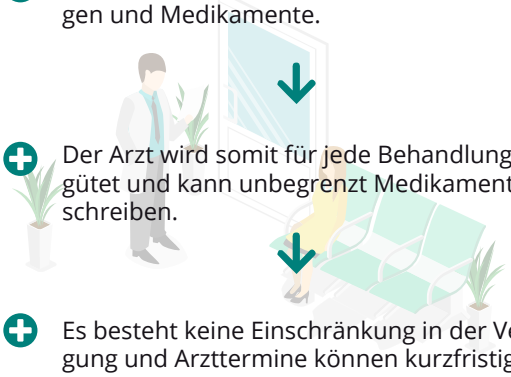
Gesetzliche Krankenversicherung

- Es besteht für alle Patienten ein gemeinsames, festes Budget für Behandlungen und Medikamente.
- Ist das Budget aufgebraucht, behandelt der Arzt umsonst und er kann keine Medikamente mehr verschreiben.
- Daher werden Behandlungen ins nächste Quartal verschoben und es entstehen lange Wartezeiten für Patienten.



Private Krankenversicherung

- Es besteht keine Budgetierung für Behandlungen und Medikamente.
- Der Arzt wird somit für jede Behandlung vergütet und kann unbegrenzt Medikamente verschreiben.
- Es besteht keine Einschränkung in der Versorgung und Arzttermine können kurzfristig vereinbart werden.



Oder reicht mir eine ambulante Ergänzungsversicherung?

Die ambulante Ergänzungsversicherung bietet Ihnen zwar nicht den Status eines Privatpatienten. Dafür werden auch Leistungslücken der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich Zahnersatz oder bei einer Krankenhausbehandlung erstattet. Je nach Tarif sind folgende Bereiche erstattungsfähig:

Ambulante Behandlungen

- Brille und Kontaktlinsen
- Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen
- Heilpraktikerleistungen und Naturheilverfahren
- Arznei- und Verbandmittel, Fahrtkosten und Hilfsmittel (Zuzahlungen)

Krankenhausbehandlung

- Erstattung der Zuzahlung im Krankenhaus
- Freie Krankenhauswahl
- Einbettzimmer

Zahnbehandlung

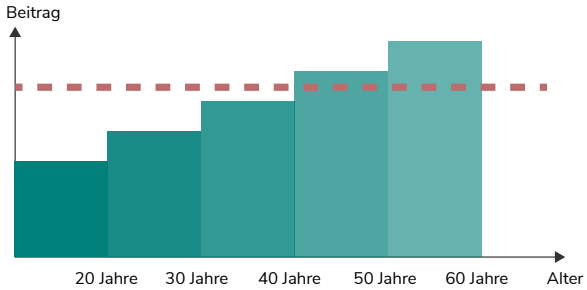
- Zahnersatz
- Professionelle Zahnreinigung

Kann ich eine Versicherung abschließen, obwohl bereits eine Behandlung angeraten wurde oder ich Vorerkrankungen habe?

Um den Beitrag für die Versichertengemeinschaft stabil zu halten, begrenzen die Versicherungen die Leistungen in der Anfangszeit. So können Leistungen erstmals nach einer Wartezeit von üblicherweise drei Monaten für ambulante Behandlungen und acht Monaten für ambulante Entbindungen oder Psychotherapie in Anspruch genommen werden.

Im Antrag müssen Sie zudem über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben. Kunden mit laufender Behandlung oder schlechter Prognose werden durch die Versicherer meist abgelehnt.

Wie entwickelt sich mein Beitrag?



Beispielhafter Verlauf bei einem Tarif **ohne** Altersrückstellungen.

Beispielhafter Verlauf bei einem Tarif **mit** Altersrückstellungen.

© DEMV Deutscher Maklerverbund GmbH

Krankenhauszusatz-versicherung

Das Gesundheitssystem in Deutschland gilt als eines der besten der Welt. Doch gerade im Krankenhaus gibt es erhebliche Unterschiede, zwischen gesetzlichem und privatem Versicherungssystem.

Von wem wollen Sie im Krankenhaus behandelt werden?

Assistenzarzt

Befindet sich nach dem Studium in praktischer Ausbildung und hat meist wenig Praxiserfahrung.

Facharzt

Hat mindestens fünf Jahre Praxiserfahrung und behandelt Patienten eigenverantwortlich.

Oberarzt

Hat die direkte Verantwortung für alle medizinischen Behandlungen der Abteilung, beaufsichtigt Assistenzärzte und steht Fachärzten für Rückfragen zur Verfügung.

Chefarzt

Hauptverantwortlicher für alle medizinischen Behandlungen und für alle strukturellen Verwaltungsabläufe der jeweiligen Abteilung.

In welchem Krankenhaus wollen Sie behandelt werden?

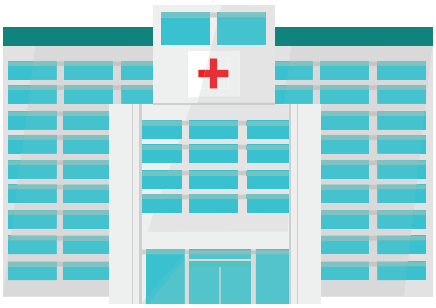
Als gesetzlich Versicherter entscheidet der Arzt oder Notfallmediziner, in welchem Krankenhaus Sie behandelt werden. Dabei muss das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus empfohlen werden.

Krankenhaus mit Basisversorgung

Haben mindestens die Fachbereiche Chirurgie und Innere Medizin.

Krankenhaus mit Schwerpunktversorgung

Verfügen über mehr Fachbereiche und erfüllen überregionale Schwerpunktaufgaben.

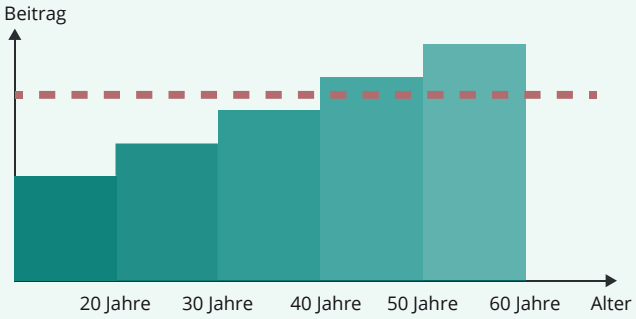


Krankenhaus mit Maximalversorgung

Haben mindestens die Fachbereiche Chirurgie und Innere Medizin.

© DEMV Deutscher Maklerverbund GmbH

Maßnahmen, um Beitragssteigerungen zu verringern



Beispielhafter Verlauf beim einem Tarif **ohne** Altersrückstellungen.

Beispielhafter Verlauf beim einem Tarif **ohne** Altersrückstellungen.

Beispielhafter Verlauf bei einem Tarif **mit** Altersrückstellungen.

Mit dem Alter werden zunehmend mehr stationäre Behandlungen notwendig. Die meisten Versicherer erhöhen daher zu vorab festgelegten Zeitpunkten die Beiträge. Sie zahlen somit nur den Anteil, der für den Versicherungsschutz wirklich notwendig ist.

Wünschen Sie sich konstante Beiträge, kommen Tarife, die Altersrück- stellungen bilden, in Frage. Diese sind deutlich teurer und legen Teile der Beiträge für das Alter zurück.

Kann ich eine Krankenzusatzversicherung abschließen, obwohl ich bereits Vorerkrankungen habe?

Um den Beitrag für die Versichertengemeinschaft stabil zu halten, begrenzen die Versicherungen die Leistungen in der Anfangszeit. So können Leistungen erstmals nach einer Wartezeit von üblicherweise drei Monaten für stationäre Behandlungen und acht Monaten für Entbindungen oder Psychotherapie in Anspruch genommen werden.

Im Antrag müssen Sie zudem über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben. Kunden mit laufender Behandlung oder schlechter Prognose werden durch die Versicherer meist abgelehnt.

© DEMV Deutscher Maklerverbund GmbH

Zahnzusatzversicherung

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Zuge zahlreicher Reformen immer stärker gekürzt worden. Insbesondere bei Zahnersatz lauern hohe Zuzahlungen.

Brauche ich wirklich eine Zahnzusatzversicherung?

- Über die gesetzliche Krankenversicherung erhalten Sie einen festen Zuschuss, der von dem Befund abhängt.
- Der Zuschuss beträgt 50 % der sogenannten Regelversorgung und steigert sich bei regelmäßiger Vorsorge (Bonusheft) auf maximal 65 %.
- Die Regelversorgung muss funktional und wirtschaftlich sein.
- Der Eigenanteil hängt somit davon ab, für welche Art von Zahnersatz Sie sich entscheiden.

Fazit:
Über die gesetzliche Krankenversicherung erhalten Sie nur einen Grundschutz und gerade bei Zahnersatz sind hohe Zuzahlungen weit oberhalb von 50 % des Rechnungsbetrages die Regel.

Die Grafik gibt Ihnen einen Überblick der häufigsten Zahnbehandlungen und die durchschnittlichen Gesamtkosten

Wurzelbehandlung
300 - 1.600 €

Vollkeramikkrone
450 - 700 €

Implantat mit Keramikkrone
3.000 - 3.500 €

Kieferorthopädie
1.300 - 2.200 €

Keramik-Inlay
500 - 1.000 €

Gold-Inlay
450 - 600 €

Professionelle Zahnreinigung
45 - 150 €

Kompositfüllung
120 - 300 €

© DEMV Deutscher Maklerverbund GmbH

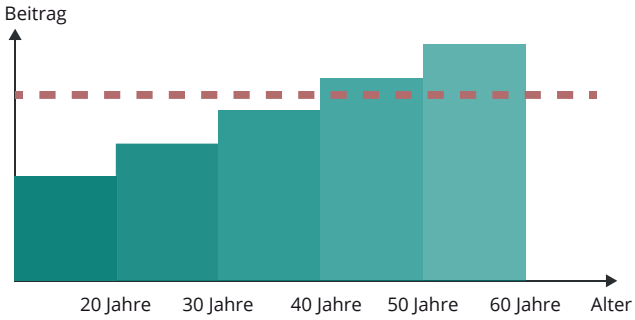
Warum ist es wichtig, dass die Erstattung auch ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt?

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht garantiert. In den 1990er Jahren wurden bereits zweimal bestimmte Leistungen für Zahnersatz gestrichen (wurde nach einigen Jahren rückgängig gemacht). Haben Sie einen Tarif, der nur leistet, sofern die gesetzliche Krankenversicherung einen Teil erstattet hat, laufen Sie Gefahr, dass bei einer weiteren Reform des Gesundheitssystems die Zahnzusatzversicherung nicht oder nur noch eingeschränkt leistet.

Hinweis:
Nur eine Zahnzusatzversicherung, die auch **ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung** Rechnungen erstattet,garantiert dauerhaft die Leistungen.

Wie entwickelt sich mein Beitrag?

Mit dem Alter werden zunehmend mehr Zahnbehandlungen durchgeführt. Die meisten Versicherer erhöhen daher zu vorab festgelegten Zeitpunkten die Beiträge. Sie zahlen somit nur den Anteil, der für den Versicherungsschutz wirklich notwendig ist. Wünschen Sie sich hingegen konstante Beiträge, kommen Tarife, die Altersrückstellungen bilden, in Frage. Diese sind deutlich teurer und legen Teile der Beiträge für das Alter zurück.



Beispielhafter Verlauf beim einem Tarif **ohne** Altersrückstellungen.
Beispielhafter Verlauf beim einem Tarif **ohne** Altersrückstellungen.

Beispielhafter Verlauf bei einem Tarif **mit** Altersrückstellungen.

Kann ich eine Zahnzusatzversicherung abschließen, obwohl bereits eine Behandlung angeraten ist?

Um den Beitrag für die Versichertengemeinschaft stabil zu halten, begrenzen die Versicherungen die Leistungen in der Anfangszeit. So können Leistungen erstmals nach einer Wartezeit von üblicherweise drei Monaten für Zahnbehandlungen und acht Monaten für Zahnersatz in Anspruch genommen werden.

Zudem werden die Leistungen für Zahnersatz in den ersten Jahren über die sogenannte Zahnstaffel begrenzt.

Im Antrag müssen Sie zudem über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben. Kunden mit laufender Behandlung oder schlechter Prognose werden durch die Versicherer meist abgelehnt.

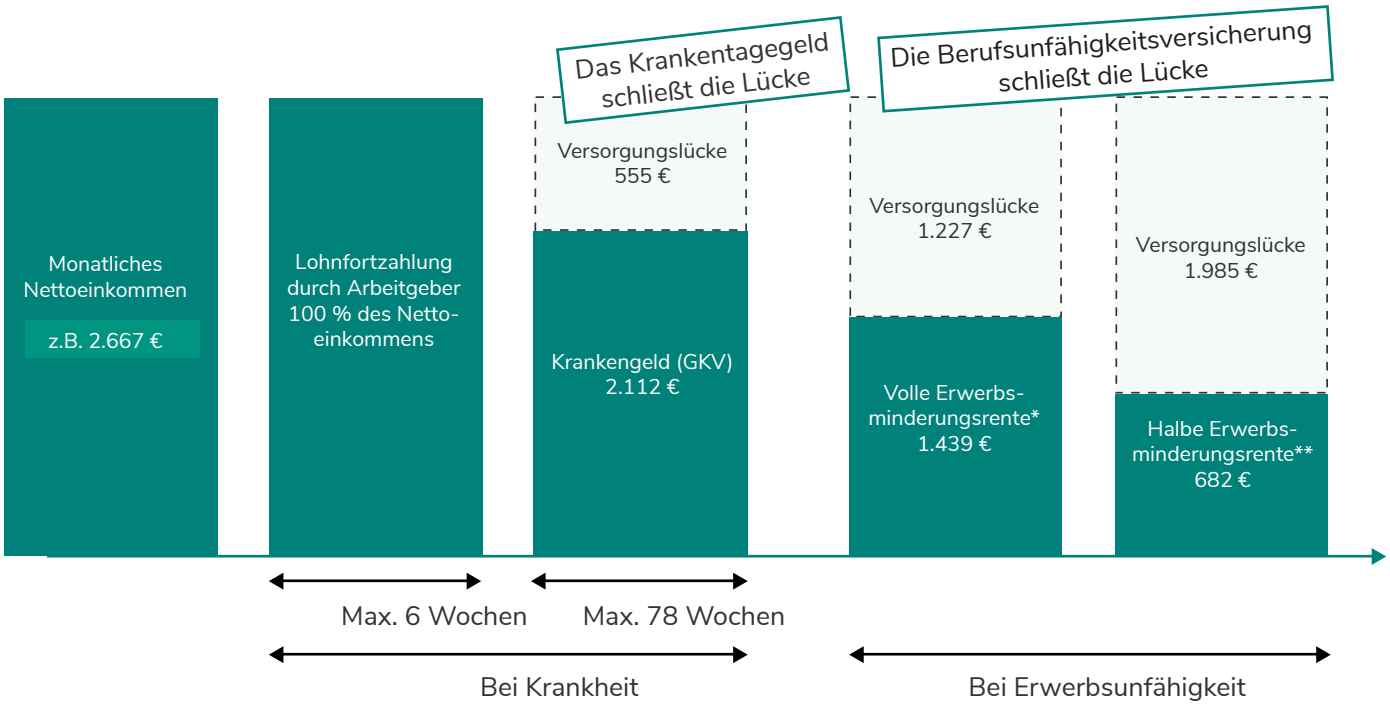
© DEMV Deutscher Maklerverbund GmbH

Krankentagegeld

Das Risiko aufgrund einer Krankheit Einkommen verluste zu erleiden, kann jeden treffen. Die staatlichen Sicherungssysteme sichern den Lebensstandard nicht. Im Folgenden finden Sie einen Überblick, optimal vorzusorgen.

Was passiert, wenn ich (länger) erkranke?

Im Krankheitsfall ist Ihr Arbeitgeber für die ersten sechs Wochen verpflichtet, Ihnen den vollen Lohn auszuzahlen. Bei längerer Erkrankung oder im Falle der Erwerbsunfähigkeit müssen Sie hingegen deutliche Abschläge hinnehmen.



* Volle Erwerbsminderungsrente liegt vor bei unter 3 Stunden pro Tag Arbeitsfähigkeit
** Halbe Erwerbsminderungsrente liegt vor bei 3 bis 6 Stunden pro Tag Arbeitsfähigkeit
*** Die Bezugsdauer des Krankengeldes reduziert sich um die Dauer der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber

© DEMV Deutscher Maklerverbund GmbH

Leistungsumfang privates Krankentagegeld

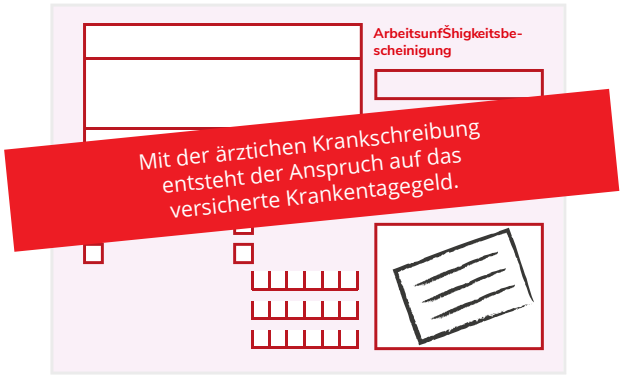
- Monatliche Rentenzahlung
  (Höhe und Leistungsdauer werden individuell vereinbart)
- Leistungen unabhängig von der Krankheitsursache
- Unbegrenzte Leistungsdauer solange vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliegt
- Leistungsende bei Eintritt der Berufsunfähigkeit oder wenn Versicherter wieder gesund ist

Steuerliches

- Steuer- und abgabenfreie Auszahlung
- Keine steuerliche Absetzbarkeit als Vorsorgeaufwendung

Mit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entsteht der Leistungsanspruch

- Die Leistungen werden i.d.R. nach einer vereinbarten Karenzzeit ausgezahlt (Angestellte ab dem 43. Tag, Selbständige meist ab dem 29. Tag)



Warum sollte ich mit der Einkommenssicherung so früh wie möglich beginnen?

+	○	−
Niedriger Beitrag	Mittelhoher Beitrag	Hoher Beitrag
Leistungsausschlüsse sind selten	Leistungsausschlüsse kommen vor	Leistungsausschlüsse wahrscheinlich
Hohe Annahmewahrscheinlichkeit	Mittelhohe Annahmewahrscheinlichkeit	Niedrige Annahmewahrscheinlichkeit

© DEMV Deutscher Maklerverbund GmbH