

## Extras für Kassenpatienten

### Sinn und Unsinn privater Krankenzusatzversicherungen

Angesichts der Leistungskürzungen im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen fragen sich viele Verbraucher, ob sie einzelne Leistungen zusätzlich abschließen sollen. Auch die Krankenkassen animieren ihre Mitglieder jeglichen Alters zum Abschluss von privaten Zusatzversicherungen, indem sie regelmäßig in Anschreiben an ihre Mitglieder und in ihren Mitgliederzeitungen auf die Leistungen der Versicherung hinweisen, mit der sie kooperieren.

Doch sind diese zusätzlichen Versicherungen wirklich nötig? Lohnen sich zusätzliche Kosten zum Beispiel für Zusatzleistungen beim Zahnersatz, für Heilpraktikerbehandlungen oder die Kostenübernahme bei Sehhilfen und Privatleistungen im Krankenhaus? Die Kosten dieser Versicherungen sind nicht unerheblich, monatliche Beiträge von 30 Euro und mehr sind keine Seltenheit.

Nur wer gut darüber informiert ist, welche Leistungen ein Tarif für eine Zusatzversicherung genau vorsieht und wie viel dies kosten soll, kann entscheiden, ob er eine solche Versicherung abschließt. Jeder sollte zunächst für sich klären, ob er einen Bedarf an den jeweiligen Zusatzleistungen hat. Dann können Angebote bei Versicherungen eingeholt werden, um die Bedingungen und Preise zu vergleichen.

Die Angebote der Versicherungsunternehmen unterscheiden sich stark und auch bei den einzelnen Versicherungen (Ergänzungstarife, Zahnersatz- und Krankenhauszusatzversicherung) gibt es im Detail zahlreiche Aspekte, auf die man unbedingt achten sollte, um eine gute Versicherung für sich zu finden.

Vor Abschluss einer privaten Zusatzversicherung sollten andere existenzielle Risiken wie Haftpflicht und Berufsunfähigkeit abgesichert sein.

Alternativ zu einer Zusatzversicherung kann es sich auch lohnen, jeden Monat einen gewissen Betrag für zusätzliche Krankheitskosten zurückzulegen.

### Ausführliche Information

#### 1. Allgemeines

Nachdem in den Jahren 2004 und 2005 einige Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen gestrichen beziehungsweise gekürzt wurden, bieten private Versicherungen auf diesem Feld verstärkt ihre Produkte an. Von den zahlreichen Leistungen, die angeboten werden, erscheinen insbesondere folgende Inhalte zunächst attraktiv:

- Ergänzungstarife für Sehhilfen,
- Heilpraktikerbehandlungen und
- Zahnersatz
- sowie isolierte Zahnzusatz- und

- Krankenhauszusatzversicherungen.

Mit dem Abschluss von Zusatzversicherungen kann ein Teil der entstehenden Mehrkosten abgesichert werden. Ob sich der Abschluss jedoch für den einzelnen lohnt, hängt von mehreren Faktoren ab. Besonders sind insbesondere das Preis-Leistungsverhältnis aber auch die gesundheitliche Situation und das Alter des Versicherten.

Bei den privaten Zusatzkrankenversicherungen geht es meist um Leistungen, die zwar sinnvoll sein können, aber nicht unbedingt notwendig sind. Daher muss im Einzelfall stets abgewogen werden, ob sich der Abschluss der Versicherung lohnt.

**Priorität vor Abschluss einer Krankenzusatzversicherung hat die Absicherung existenzieller Risiken.** Wichtiger sind in jedem Fall eine private Haftpflichtversicherung und eine Berufsunfähigkeitsversicherung. Auf Reisen ist eine Auslandsreisekrankenversicherung dringend zu empfehlen. Mehr hierzu steht in dem Fachbeitrag [„Als Berufseinsteiger richtig versichert – nützliche Infos auch für Ältere“](#).

## 2. Einzelne Versicherungen

### 2.1 Ergänzungstarife

#### 2.1.1 Inhalt

Seit dem Jahre 2004 dürfen Krankenkassen mit Privatversicherungen kooperieren und ihren Mitgliedern private Policen anbieten. Die Versicherungen werben mit besonders günstigen Konditionen für Mitglieder der kooperierenden Krankenkasse. In so genannten Ergänzungstarifen werden Verbrauchern gleich mehrere Leistungen nebeneinander angeboten, die die Lücken im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen ausgleichen sollen. Neben Kostenerstattung für Brille und Kontaktlinsen gibt es Beteiligungen an Zahnersatzrechnungen oder Heilpraktikerbehandlungen, Versicherungsschutz auf Reisen und einiges mehr. Die Fülle der Angebote ist sehr groß. Ebenso groß sind die Unterschiede der einzelnen Angebote, was ihr **Leistungsspektrum** aber auch ihren **Preis** angeht.

Die wesentlichen Leistungen im Einzelnen:

- Zuschüsse zu Brillen und Kontaktlinsen gibt es meist als Festbeträge für bestimmte Zeiträume, zum Beispiel einen Zuschuss von 200 € alle zwei Jahre.
- Heilpraktikerleistungen werden meist bis zu einem bestimmten jährlichen Höchstbetrag erstattet, zum Beispiel 80% der Kosten, maximal 750 €.

- Bei Zahnersatz werden ebenfalls bestimmte Sätze, zum Beispiel 30% der Kosten für Zahnersatz erstattet (ausführlich dazu siehe Punkt 1.2.2).
- Versicherungsschutz auf Reisen

### 2.1.2 Kosten

Der Preis für einen Ergänzungstarif richtet sich neben dem Leistungsumfang nach dem Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Versicherten. Die Spanne ist aufgrund der großen Leistungsunterschiede erheblich. Gesunde Männer im Alter von 55 Jahren zahlen zum Beispiel zwischen **3 und 67 €**, Frauen im gleichen Alter zahlen zwischen **7 und 70 €**

### 2.1.3 Bewertung

Ganz wichtig ist es, die jeweiligen Tarifbedingungen zu lesen und Angebote zu vergleichen. Das Angebot der Versicherung, die mit der eigenen Krankenkasse kooperiert, ist nicht zwangsläufig das beste Angebot. Die finanziellen Vorteile, die man bei einem Abschluss hat (ein um 5 bis 10 Prozent geringerer Beitrag), sind gegenüber anderen Anbietern meist sehr gering. Vorteilhaft kann es sich auswirken, wenn das Unternehmen eine nur vereinfachte Gesundheitsprüfung für Mitglieder der Kooperationskasse vorsieht. Will man allerdings seine Krankenkasse wechseln, gehen die Vergünstigungen des Kooperationspartners verloren.

**Entscheidend ist, was die Versicherung im Einzelfall leistet.** Werden zum Beispiel 200 € für eine neue Brille im Zeitraum von zwei Jahren erstattet und kostet diese Versicherung 8 Euro monatlich, so stehen Ausgaben von insgesamt 192 Euro einer möglichen Erstattung von 200 Euro gegenüber. Es lohnt sich also genau nachzurechnen!

Bei den Paketangeboten kommt es darauf an, ob man die einzelnen Leistungen auch tatsächlich in Anspruch nehmen wird. Leistungen, die man nicht benötigt, sollte man auch nicht versichern, um keine überhöhten Beiträge zu zahlen. Allerdings kann man in der Regel Zuschüsse für Sehhilfen oder Heilpraktikerleistungen nicht alleine absichern. Dies gibt es nur in Paketen mit anderen Leistungen.

Ist im Leitungspaket enthalten, dass **Zuzahlungen** zur gesetzlichen Krankenkasse (im Krankenhaus, Praxisgebühr u. a.) anteilig übernommen werden, so rechnet sich dies angesichts des Preises im Verhältnis zur Erstattung in der Regel nicht.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass auch die Beiträge für Zusatzversicherungen im Laufe der Jahre steigen.

**Tipp:** Es kann insgesamt günstiger sein, die Kosten für eine Brille oder die Praxisgebühr aus eigener Tasche zu übernehmen, anstatt in eine Zusatzversicherung einzuzahlen.

Eine **Krankenversicherung für Reisen ins Ausland** haben viele bereits. Zudem ist es meist günstiger, dies gezielt einzeln zu versichern, als in einem Gesamtpaket.

Für diejenigen, die häufig Leistungen von **Heilpraktikern** in Anspruch nehmen, kann eine Zusatzversicherung sinnvoll sein. Zu beachten ist aber, dass die Versicherung nicht jegliche Behandlung bezahlt. Die Tarife nehmen in der Regel Bezug auf das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker oder auf das Hufeland-Verzeichnis. Nur für das, was dort aufgelistet ist, werden auch Leistungen erstattet. Auch werden die Rechnungen meist nicht komplett übernommen. Die Erstattungssätze reichen von 50% bis 80% der Kosten und Summenbegrenzungen von rund 250 € bis 1.500 € pro Jahr.

Die Leistungen für **Zahnersatz** fallen bei den Paketangeboten geringer aus, als bei einer isolierten Zahnzusatzversicherung. Wer hier höchstmögliche Beteiligung der Versicherung an der Zahnarztrechnung erreichen möchte, sollte eine reine Zahnzusatzversicherung abschließen (ausführlich dazu siehe Punkt 2.2.) Der Leistungsumfang bei Ergänzungstarifen liegt bei 25% bis 70% der Gesamtkosten.

**Wichtig:** Manche Tarife bieten nur einen Zuschlag in Abhängigkeit von den Festzuschüssen der gesetzlichen Krankenkassen (zum Beispiel 50% oder 100% des jeweiligen Festzuschusses der Kasse), was im Ergebnis zu sehr niedrigen Erstattungsbeträgen führt. Zu beachten ist ferner, dass einige Policen keine Kostenübernahme für Implantate oder Verblendungen an den Seitenzähnen vorsehen.

## 2.2 Zahnzusatzversicherung

### 2.2.1 Inhalt

Seit dem Jahre 2005 gilt ein anderes System der Bezuschussung von Zahnersatz durch die Krankenkassen. Es wird seit dem abhängig vom jeweiligen Befund geleistet und zwar in Festbeträgen (Festzuschüssen).

**Beispiel:** Für den Befund, dass ein Zahn überkront werden muss, wird derzeit ein Zuschuss in Höhe von 120 € gezahlt. Tatsächlich sind die Kosten für eine Krone jedoch um einiges höher. Je nach Art der Ausführung kann eine Krone ca. 250 € bis 550 € kosten.

Für Patienten sind die Kosten für Zahnersatz mit der gesetzlichen Neuregelung deutlich gestiegen. Allerdings ist auch ein Trend hin zu teurem Zahnersatz festzustellen, zum Beispiel zu Implantaten. Wenn es sich bei den Zahnbehandlungen allerdings um reine Privatleistungen handelt, wie Implantate, zahlen die gesetzlichen Krankenkassen nichts dazu. Neu ist aber, dass Zahnersatz, der auf Implantate aufgesetzt wird, bezuschusst werden kann (mit dem Zuschuss für Brücken).

Weitere Informationen zu den Kosten einer Zahnbehandlung finden Sie in dem Fachbeitrag [„Die Zahnarztrechnung verstehen - Wichtiges zum Heil- und Kostenplan“](#).

Zahnezusatzversicherungen übernehmen einen Teil des Eigenanteils an der Zahnarztrechnung. **Wichtig ist hierbei, dass ein möglichst hoher Erstattungssatz gewählt wird.** Die höchsten Angebote liegen derzeit bei 80% bis 90% vom Rechnungsbetrag einschließlich des Zuschusses der Krankenkasse. Solche Angebote sind allerdings im Preis deutlich höher, als Tarife mit niedrigen Erstattungssätzen.

**Tipp: Von entscheidender Bedeutung ist, dass sich die Leistung der Zusatzversicherung auf den Rechnungsbetrag bezieht und nicht auf den Zuschuss der gesetzlichen Krankenkasse (zum Beispiel 100% des Festzuschusses der gesetzlichen Krankenkasse). Die Bezugnahme auf den Rechnungsbetrag bedeutet immer ein Mehr an Kostenbeteiligung.**

Die Leistungen aus der Versicherung gibt es **nicht sofort**. Erst nach Ablauf von acht Monaten zahlt die Versicherung frühestens. Häufig sind die Leistungen auch in den ersten drei bis fünf Jahren auf gewisse **Höchstsummen** begrenzt, etwa auf 500 € im ersten Jahr, 1.000 € im zweiten und 2.000 € im dritten Jahr. Dies bedeutet weitere Wartezeiten.

### 2.2.2 Kosten

Der Preis für eine hochwertige Zahnezusatzversicherung liegt, abhängig von Alter und Geschlecht, bei um die 20 € für Männer mit 43 Jahren und um die 25 € für gleichaltrige Frauen. Ist der Erstattungssatz niedriger, zum Beispiel 30% vom Rechnungsbetrag zahlen Männer im gleichen Alter um 10 €, Frauen um 12 €.

Wer sehr schlechte Zähne hat, kann unter Umständen von der Versicherung abgelehnt werden oder die Versicherung kann schadhafte Zähne von der Leistung ausschließen. Damit wird der Tarif oft sehr teuer und die Zusatzversicherung lohnt sich unter Umständen nicht

mehr. Viele Versicherungsunternehmen nehmen Kunden nur bis zu einem bestimmten Alter auf. Manche ziehen eine Grenze bei 60, andere bei 65, 70 oder 75 Jahren. (Quelle: Finanztest, 4/2007, S. 56).

### 2.2.3 Bewertung

Eine Zahnzusatzversicherung kann sich für diejenigen lohnen, die sehr hochwertigen Zahnersatz wünschen. Doch keine private Zahnzusatzversicherung übernimmt sämtliche Kosten der Zahnarztrechnung. Auch bei hochwertigen Verträgen müssen die Versicherten 10% bis 20% der Rechnung alleine tragen.

Zudem ist zu beachten, dass die Versicherungen laut ihren Versicherungsbedingungen immer nur dann eine Erstattung gewähren, wenn die Behandlung „medizinisch notwendig“ ist. Darüber, ob dies zum Beispiel bei Implantaten der Fall ist, lässt sich streiten. Privaten Versicherungsverträgen wohnt damit die Unsicherheit inne, ob auch jeweils die angenommene Kostenbeteiligung der Versicherung erfolgt. Hinsichtlich der Laborkosten beschränken die Versicherer zudem häufig die Erstattung auf bestimmte Höchstsätze, die sich am Niveau der Krankenkassen orientieren.

**Tipp: Achten Sie darauf, dass der private Versicherer die Zahnarztrechnung bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), dem 3,5-fachen Satz, erstattet.**

Wer die Regelversorgung wählt, benötigt in der Regel keine Zusatzversicherung.

**Beispiel:** Jemand schließt für 12 € im Monat, also 144 € im Jahr eine Versicherung ab, die 30% der Rechnungen erstattet. Lässt er nun eine einfache Krone für 270 € anfertigen, beträgt der Zuschuss der gesetzlichen Krankenkasse 120 €. Der Eigenanteil beläuft sich also auf 150 €. Die private Zahnzusatzversicherung würde nur 30% des Rechnungsbetrages, also 81 € erstatten.

Wer sein **Bonusheft** bei den Krankenkassen führt, also jährlich die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durchführen lässt, bekommt einen um 20% bis 30% höheren Festzuschuss. Bei den meisten Privatversicherungen vermindert sich dadurch der Anteil, den die Versicherung übernimmt. Somit lohnt sich eine Zusatzversicherung für Menschen ohne Bonus mehr, als für diejenigen, die regelmäßig zum Zahnarzt gehen.

Wer eine Zahnzusatzversicherung abschließen will, sollte auf jeden Fall mehrere **Angebote vergleichen** und nicht blind dem Kooperationspartner seiner Kasse den Zuschlag geben. Die Preis- und Leistungsunterschiede unter den Anbietern sind groß. Daneben sollten die zu erwartenden Kosten kalkuliert werden – evtl. unter Zuhilfenahme des Zahnarztes – und den Kosten für eine Versicherung gegenüber gestellt werden. Unter Umständen ist es günstiger, für den Eigenanteil an Zahnersatz monatlich regelmäßig Geld zurück zu legen, anstatt es in eine Versicherung zu stecken.

## 2.3 Krankenhaus-Zusatzversicherung

### 2.3.1 Inhalt

Eine Zusatzversicherung für den Krankenhausaufenthalt beinhaltet den Aufenthalt im Ein- oder Zweibettzimmer und die Behandlung durch den Chefarzt.

Soweit der Tarif es vorsieht, zahlt die Versicherung auch dann, wenn der Patient ein teureres Krankenhaus wählt, als die ärztliche Einweisung vorsieht. Kassenpatienten können sich das Krankenhaus, in dem sie behandelt werden wollen, nicht frei auswählen. Sie sind an die Einweisung ihres Arztes gebunden. Wollen sie ein anderes Krankenhaus wählen, müssen sie die Mehrkosten (Fahrtkosten, evtl. höherer Tagessatz) selbst bezahlen. Diese Kosten übernimmt ein so genannter **Restkostentarif** der privaten Krankenhaus-Zusatzversicherung. Dieser Tarif ermöglicht, eine freie Wahl unter den Krankenhäusern, die Versorgungsverträge mit den Krankenkassen haben.

Reine Privatkliniken können auch mit einer privaten Krankenhauszusatzversicherung in der Regel nicht aufgesucht werden.

### 2.3.2 Kosten

Die Preise für stationäre Tarife sind relativ hoch. Für einen Einbettzimmer-Tarif zahlt zum Beispiel eine 43-jährige Frau einen Monatsbeitrag zwischen 35 € und 60 €, für einen Zweibettzimmer-Tarif 33 € bis 50 €. Männer zahlen in diesem Alter für einen Einbettzimmer-Tarif zwischen 38 € und 65 €, der Zweibettzimmer-Tarif kostet sie 32 € bis 50 € (Quelle: Finanztest 5/2007, S.66).

### 2.3.3 Bewertung

Wer im Krankenhaus das Ein- oder Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung in Anspruch nehmen möchte, kann eine Krankenhauszusatzversicherung abschließen. Wer bereits Vorerkrankungen hat, wird Risikoaufschläge zahlen müssen. Ist der Versicherung das Risiko zu hoch, kann sie den Vertragsabschluss auch ablehnen. Zu berücksichtigen ist ferner, dass auch die Beiträge einer Krankenhauszusatzversicherung nicht stabil bleiben. Versicherte müssen mit jährlichen Erhöhungen rechnen.

Kassenpatienten haben nur in Ausnahmefällen einen Anspruch auf ein Ein- oder Zweibettzimmer, wenn dies medizinisch erforderlich ist, zum Beispiel ein besonderes Ruhebedürfnis besteht. Behandelt werden sie in der Regel vom diensthabenden Arzt. Der Chefarzt wird nur hinzugezogen, wenn sein Fachwissen erforderlich ist.

Unter Umständen kann es in dem betreffenden Krankenhaus auch möglich sein, das Ein- oder Zweibettzimmer selbst zu zahlen. Die Chefarztbehandlung hingegen kostet mehrere tausend Euro und auch die weiteren behandelnden Ärzte (Anästhesist u. a.) rechnen dann privat ab. Hier lohnt es sich in der Regel nicht, die Kosten selbst zu tragen.

**Tipp: Wichtig ist, dass der Tarif der privaten Krankenhauszusatzversicherung Arztkosten bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dem 3,5-fachen Satz und nicht nur bis zum Regelhöchstsatz von 2,3 übernimmt.**

Negativ zu bewerten ist, dass die meisten Versicherer nicht leisten, wenn eine **ambulante Operation** durchgeführt wird. Einige Versicherer bieten dies jedoch an. Diesen ist der Vorzug zu geben.

**Tipp: Wählen Sie einen Tarif, bei dem das Unternehmen darauf verzichtet, in den ersten drei Versicherungsjahren kündigen zu können.**

### 3 Angebote auswählen

Um ein gutes Angebot zu finden, sollte man mehrere Angebote vergleichen. Wichtig ist es, sich eine Übersicht über die vorhandenen Produkte zu verschaffen. Dabei können folgende **Informationsquellen** nützlich sein:

- Verbraucherzeitschriften, wie die Zeitschrift „Finanztest“, analysieren regelmäßig Angebote von Versicherungsunternehmen. Die Artikel können im [Internet](#) herunter geladen werden. Sämtliche Hefte liegen auch in den [Beratungsstellen](#) der Verbraucherzentrale Hessen aus.
- Anbieterunabhängige Beratung - insbesondere bei der Verbraucherzentrale Hessen. Dort werden unter Zuhilfenahme einer ständig aktualisierten Software sämtliche am Markt vorhandenen Angebote analysiert und verglichen. Bei der Vermittlung direkt über Versicherungsunternehmen oder über Makler besteht das Risiko, dass diese nur Angebote von Versicherungsunternehmen unterbreiten, von denen sie auch eine Vermittlungsprovision bekommen.

Wer dann am Ende einen Vertrag über eine private Zusatzversicherung abschließen möchte, sollte darauf achten, dass die Angaben zur gesundheitlichen Situation vollständig und richtig gemacht werden. Andernfalls besteht das Risiko, dass das Versicherungsunternehmen den Vertrag rückwirkend aufkündigt.

**Diese Verbraucherinformation gibt den Stand zum Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung wieder.**

**Stand: März 2009**

© Verbraucherzentrale Hessen e.V.

*Diese Verbraucherinformation wurde im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Umwelt, Energie, Landwirtschaft und Verbraucherschutz für das Verbraucherportal der hessischen Landesregierung [www.verbraucherfenster.de](http://www.verbraucherfenster.de) erstellt.*