

Private Anbieter haben günstigere Policen

Seit zwei Jahren bieten gesetzliche Krankenkassen ihren Mitgliedern private Zusatzpolicen an. Sie locken mit Beitragsnachlässen und einer Aufnahme ohne Altersbegrenzung. So bequem das erscheinen mag: Für den Versicherten sind diese Tarife nur selten lohnend.

Von Britt Salewski

Die einzelnen Zusatzangebote der Kassen zu ermitteln und schließlich zu vergleichen, gleicht einer Sisyphos-Arbeit: Es ist nahezu unmöglich. Viele gesetzliche Krankenkassen haben einen Kooperationsvertrag mit einem privaten Krankenversicherer. Manche sogar mit verschiedenen Anbietern. So gönnen sich die Allgemeinen Ortskrankenkassen insgesamt vier Part-

ner – mit unterschiedlichen Tarifen und Versicherungsbedingungen, versteht sich.

Thomas Adolph, Versicherungsmakler und Finanzberater in Frankfurt, hat sich mit seinem Team die Mühe gemacht, die einzelnen Angebote der Kassen systematisch zu erfassen. Wie bei den privaten Krankenversicherern finden sich hier



Gesetzliche Kassen wie die BKKs (im Bild BKK Höchst) wollen mit privaten Zusatzpolicen ihr Geschäft aufpeppen. Für Verbraucher ist das selten attraktiv.

Komplizierter Vergleich

Die Zahn-Zusatztarife sowohl der Kassen als auch der privaten Krankenversicherer sehen jeweils eine prozentuale Erstattung vor. Nur: Worauf beziehen sich diese Prozente? Je nach Tarif werden entweder Anteile am Gesamt-Rechnungsbetrag oder an den so genannten „erstattungsfähigen Kosten“ gezahlt. Dahinter verbergen sich die Kosten für die Standardleistung, auf deren Grundlage der Kassenzuschuss festgelegt wird. Wichtig ist noch, ob die Kassenleistung vom Erstattungsbetrag abgezogen wird. Nur so lässt sich feststellen, wie hoch letztlich der selbst zu finanzierende Anteil ist. Leider ist das bei jedem Tarif anders. Und um die Patienten vollends zu verwirren, werden die prozentualen Leistungsanteile auch noch eingeschränkt:

- **Wartezeiten.** Vor Ablauf dieser Zeit (zwischen drei und acht Monaten) brauchen Sie als Versicherter erst gar keinen Heil- und Kostenplan einzureichen.
- **Summenbegrenzungen.** Sie zeigen den Maximal-Erstattungsbetrag pro Jahr an. Viele Tarife sehen eine Staffelung dieser Summen über mehrere Jahre vor.
- **Begrenzung auf Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).** Manche Tarife erstatten nur bis zu diesem Satz (2,3fach). Das ist ungünstig; empfehlenswert ist eine Erstattung bis zum 3,5fachen Satz oder darüber hinaus. Zahnärzte dürfen für schwierige Behandlungen höhere Honorare nehmen – und sie tun dies auch.
- **Sondererstattungen für spezielle Versorgungen wie Inlays und Implantate.** Diese Prozentsätze weichen mitunter von jenen ab, die für klassischen Zahnersatz gezahlt werden – sowohl nach oben als auch nach unten.

Tarife für den ambulanten Bereich (zum Beispiel Sehhilfen, Heilpraktiker und Naturheilverfahren, Zahnersatz) und für den stationären Bereich (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung). Die Unterschiede zwischen den einzelnen Kassenangeboten – und das verwundert kaum – liegen weniger in den monatlichen Prämien. Sondern in den klein gedruckten Details.

Nur ein bisschen mehr: ambulanter Schutz

Hier lassen sich Sehhilfen versichern oder auch die Behandlung beim Homöopathen. Allerdings nur in begrenzter Höhe. Wer beispielsweise alle zwei Jahre eine Brille braucht, bekommt hierfür bei nahezu allen Tarifen maximal 300 € erstattet, häufig ist es noch weniger. Das reduziert den Sinn dieser Versicherung allenfalls auf ein Minimum.

Besonders „in“ sind derzeit Zusatztarife für Heilpraktiker und Naturheilverfahren. Auch hier leisten sämtliche verfügbaren Tarife nur begrenzt: Die einen erstatten 80 % der Kosten, jedoch maximal 1000 € im Jahr, in den ersten beiden



Jahren aber nur 100 oder 200 €. Andere leisten nur zu den einfachen Sätzen der jeweiligen Gebührenordnungen – üblich ist der 2,3fache Satz. Die Recherchen von Adolph haben ergeben: Selbst für jenen, dem das reicht, ist das Angebot der eigenen Kasse nicht immer das günstigste. Und wer mehr will, braucht einen ganz anderen Versicherungstarif.

Das Kreuz mit den Zähnen

Von den gesetzlichen Kassen wird für eine geplante Zahnersatz-Versorgung ein „befundbezogener“ Festkostenzuschuss gezahlt. Wenn also beispielsweise der Befund lautet „Zahnlücke mit fehlendem Zahn“, wird für die „übliche Lösung“ Brücke der Festkostenzuschuss ermittelt. In der Regel beläuft sich die Kassenleistung auf etwa 50 % der Gesamtkosten für eine Standardlösung. Wird also der Backenzahn durch eine dreigliedrige Brücke (zwei Kronen, ein Brückenglied) ersetzt, und kostet dies 500 €, so erstattet die Kasse dafür 250 €. Wählt der Patient jedoch die moderne, aber aufwändigere Lösung und lässt den Backenzahn durch ein Implantat mit Überkronung ersetzen, belaufen sich die Kosten dafür auf 1400 €. Auch dann leistet die Kasse nur 250 €, was einem Gesamtkostenanteil von nicht mal 20 % entspricht. Das bedeutet: Im



Versicherungsmakler Thomas Adolph: „Die Mitarbeiter kennen die Produkte nicht.“

Fall der Fälle geht es also um 80 % der Kosten, die Sie als Patient selbst zu tragen hätten. Wenig verwunderlich, dass viele Experten durchaus zu einer entsprechenden Zusatzversicherung raten. „Da Zahnersatz schnell einen fünfstelligen Betrag kosten kann“, so Adolph, „ist eine Zusatzpolice sinnvoll.“

Zusatzversicherungen der Kassen im Vergleich

Für einen 35-jährigen, gesetzlich versicherten Mann zeigt sich an diesen Beispielen, dass sich nur selten der Abschluss einer Zusatzversicherung bei einer gesetzlichen Kasse wirklich lohnt. Gegenübergestellt wurden hier vom Leistungsumfang ähnliche Tarife.

	Tarife mit dem Partner	Vergleichbare Tarife
AOK	DKV	
Ambulant inkl. Zahnersatz, Heilpraktiker und Naturheilverfahren	„Extra ambulant plus“	Arag „282+283“
	€16,70	€15,23
Stationärer Tarif inkl. Zweibettzimmer, Chefarzt + Transportkosten	„SM9 (AOK)“	ARAG „262“
	€34,15	€23,70
Ersatzkasse DAK	Hanse-Merkur	
Ambulant inkl. Zahnersatz, Heilpraktiker und Naturheilverfahren ¹⁾	„DAK3“	Barmenia „AN+AZ“
nur Zahnersatz ¹⁾	„ZahnPlus“	Barmenia „AZ“
	€5,51	€6,08
Stationär	„Krankenhaus“	ARAG „262“
	€28,92	€23,70
Betriebskrankenkasse	Barmenia	
Ambulant inkl. Zahnersatz, Heilpraktiker und Naturheilverfahren	„BKKA, BKKAZ+, BKKN“	Deutscher Ring, „med100+dent100“ ²⁾
	€20,84	€21,72
nur Zahnersatz	Barmenia „BKKAZ, BKKAZ+“	Continental „CEZK“
	€9,23	€11,22
Stationär	Barmenia „BKKS“ ³⁾	HUK, „SZ“
	€25,78	€28,50
Innungskrankenkasse	Signal Iduna	
Ambulant inkl. Zahnersatz, Heilpraktiker und Naturheilverfahren	IKK „KomfortPlus“	Barmenia „AN+ZG“
	€27,32	€25,81
nur Zahnersatz	IKK „ZahnPlus“	Continental „CEZK“
	€14,76	€11,22
Premiumpaket inkl. stationärer Leistungen ⁴⁾	IKK „Premium Paket“	Barmenia „AN+ZG“, HUK „SZ“
	€72,82	€54,31

1) Beide Tarife sind wegen ihrer geringen Leistungen für Zahnersatz wenig empfehlenswert.

2) Für das Barmenia-BKK-Paket gibt es kaum vergleichbare Tarife auf dem Markt. Die Leistungen sind nur bedingt mit dem aufgeführten Beispiel vergleichbar.

3) Sehr gutes Paket für Krankenhausleistungen.

4) Stationäre Leistungen gibt es hier nur als Paketlösung, nicht allein.

Quelle: Adolph Finanzplanung und Wirtschaftsberatung, Frankfurt

© OPTIMAL VERSICHERT



Wer die Tarife vergleicht, kann Monat für Monat einiges sparen.

Die Zusatztarife der gesetzlichen Kassen beziehen sich auf die erstattungsfähigen Kosten. Die privaten Anbieter können mit allen Varianten aufwarten. Das macht den Vergleich so schwierig. Wer als AOK-Versicherter den DKV-Tarif über seine Kasse wählt, zahlt zwar eine vergleichsweise geringe Prämie, bekommt dafür eben auch nur 25 % der erstattungsfähigen Kosten als Zuschuss. Im oben erwähnten Beispiel wären das also 125 €. Das tröstet wenig, wenn dann noch 1025 € selbst zu zahlen sind.

Mit stationären Zusatztarifen sind im Krankenhaus die Aufschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, die chefärztliche Behandlung sowie Transportkosten, wenn das Krankenhaus nicht das nächstgelegene. Die Unterschiede in den Versicherungsbedingungen sind weniger groß als etwa beim Zahnersatz, so dass ein Vergleich über die Prämie häufiger gelingt (Tabelle).

Sie wissen nicht, was sie leisten

Das größte Problem liegt nach Adolphs Erfahrung darin, „dass die Mitarbeiter bei den Kassen häufig ihre angebotenen Produkte nicht genau kennen“. Das heißt: Wer zu verschiedenen Zeitpunkten anfragt und andere Ansprechpartner hat, erhält schon mal widersprüchliche Angaben zum Leistungsumfang.

Ein ständiges Ärgernis: Manche Tarife gibt es nur im Paket. Auf diese Weise versichern Sie Leistungen, die Sie gar nicht brauchen. Aufgrund der Riesen-Unterschiede in den Versicherungsbedingungen ist es unbedingt empfehlenswert, einen unabhängigen Profi (also einen Versicherungsberater oder Makler) zu befragen. Auch wenn es Zeit und vielleicht Geld kostet – letztlich zahlt es sich aus. ●