



Ratgeber Krankenzusatz

Lücken der gesetzlichen Krankenversicherung
und Lösungsmöglichkeiten

Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

Das deutsche Sozialsystem gehört zu den leistungsstärksten der Welt. Dennoch muss auch die gesetzliche Krankenversicherung dem demografischen Wandel und steigenden Medizinkosten Tribut zahlen.

Um das System der gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten, wurden mehrere Schritte eingeleitet:

- a) Erhöhung der Beitragssätze, d.h. bei gleichem Einkommen stiegen und steigen die Beiträge jedes Versicherten an.
- b) Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, d.h. bei höheren Einkommen über 65.000€ wird ein größerer Einkommensanteil zur Beitragsberechnung herangezogen.
- c) Aufhebung der paritätischen Finanzierung, d.h. künftige Anpassungen der Beitragssätze (sog. Zusatzbeiträge) werden im vollen Umfang von den Arbeitnehmern getragen, der Arbeitgeber muss sich daran nicht mehr beteiligen.
- d) Einschränkung der Leistungen, d.h. bestimmte Versorgungsleistungen wurden sukzessive gestrichen.

Außer durch einen Wechsel in die private Krankenvollversicherung können Sie sich gegen die ersten drei Punkte praktisch nicht wehren. Zwar können Sie eine gesetzliche Krankenkasse wählen, die einen geringeren Zusatzbeitrag erhebt, ansonsten müssen Sie aber die Kostensteigerung mittragen. Aufgrund der gesetzlichen Versicherungspflicht ist es nicht mehr erlaubt, das System der Krankenversicherung zu verlassen. Das ist auch gut so!

Die Einschränkung der Leistungen müssen Sie aber nicht tatenlos hinnehmen. Durch private Krankenzusatzversicherungen haben Sie die Möglichkeit, zumindest einen Teil der Lücken zu schließen und sich so dem Leistungsniveau der privaten Krankenvollversicherung zu nähern. Ganz erreichen können Sie dieses Niveau aber auch mit den besten Zusatzversicherungen nie ganz.

In diesem Ratgeber möchten wir Ihnen die wichtigsten Lücken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die konkreten Auswirkungen und vorhandene Lösungsmöglichkeiten aufzeigen.

Möchten Sie einen Teil dieser Lücken schließen, freuen wir uns auf Ihre Kontaktaufnahme. Gerne machen wir Ihnen konkrete Angebote und setzen die angebotene Lösung mit Ihnen um.

Wir wünschen Ihnen spannende Lektüre!

Ihre TBO Versicherungsmakler



Björn Olbrich



Tim Becker

1. Auslandsreiseschutz

Eine unverzichtbare Ergänzung zum gesetzlichen Versicherungsschutz ist die Auslandsreisekrankenversicherung. Die Krankenkassen ersetzen nur noch bei Reisen in Länder, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht, die entstandenen Krankheitskosten.

Trotz Sozialversicherungsabkommen kann es zu hohen Zuzahlungen kommen, da der Versicherungsschutz nur im Rahmen der im Gastland geltenden Bestimmungen gewährt wird. Das Abkommen wird auch in manchen Ländern von Ärzten und Krankenhäusern ignoriert – mit der Konsequenz, dass im Auslandsurlaub hohe finanzielle Belastungen entstehen können. Rücktransport- und Rückführungskosten in die Bundesrepublik Deutschland sind bei der GKV generell ausgeschlossen.

Aus diesen Einschränkungen erwachsen finanzielle Risiken, wenn z. B. ein USA-Tourist mit einer Krankenhausrechnung im 6-stelligen Bereich konfrontiert wird oder ein Mallorca-Urlauber für den Krankentrückflug mehrere tausend Euro zahlen muss.

Diesem Thema haben wir uns auch in unserem Blog gewidmet, [welchen Sie hier nachlesen können](#).

Diese Lücke kann durch den Abschluss einer privaten Auslandsreisekrankenversicherung geschlossen werden. **Der Beitrag hierfür liegt bei ca. 10 Euro pro Person und Jahr. Ebenfalls ist eine Einzelabsicherung je Reise möglich.** Dies birgt jedoch die Gefahr, den rechtzeitigen Abschluss zu vergessen und ist daher eher nicht empfehlenswert.

2. Zahnersatz

		Rechnungs- betrag	GKV Anteil	Eigenanteil (EA)
Inlay		622,82 €	57,31 €	565,51 €
Keramikkrone		633,29 €	227,68 €	405,61 €
Brücke		2.116,98 €	572,92 €	1.544,06 €

Zum 01.01.2005 wurde die vertragszahnärztliche Versorgung auf ein Festzuschuss-System umgestellt. Das bedeutet, dass für jeden zahnprothetischen Befund eine Regelversorgung (z. B. Brücke) vorgesehen ist. Die Regelversorgung ist eine einfache Zahnersatzausführung mit preiswerten Material- und Laborkosten.

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt für die Regelversorgung seit dem 01.10.2020 einen festgesetzten Betrag (Festzuschuss). Der Festzuschuss beträgt 60% der Kosten der Regelversorgung.

Er wird durch regelmäßige Zahnvorsorgeuntersuchungen um 10% erhöht, wenn in den letzten 5 Kalenderjahren vor der Behandlung jährlich Zahnvorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden bzw. um weitere 5%, wenn in den letzten 10 Kalenderjahren vor der Behandlung jährlich Zahnvorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt damit maximal 75% der Regelversorgung. So verbleibt für die Versicherten schon bei einer einfachen Versorgung eine Eigenbeteiligung von mindestens 25%.

In den meisten Fällen wird der Zahnarzt aber eine höherwertige Versorgungsform anbieten, an deren Kosten sich die gesetzliche Krankenkasse nicht mehr beteiligt. Dies hat dann eine entsprechend höhere Eigenbeteiligung für die Versicherten zur Folge.

	Rechnungs- betrag	GKV Anteil	Eigenanteil (EA)
Implantat und Krone gesamt, bestehend aus den beiden Schritten	2.269,86 €	396,16 €	1.873,70 €
1. chirurgische Maßnahme, d.h. Einbringen der künstlichen Zahnwurzel in den Kieferknochen (= Implantation)*	1.288,56 €	0,00 €	1.288,56 €
2. prothetische Maßnahme, d.h. Anfertigen der Krone auf Implantat (= Zahnersatz, Krone auf Implantat)	981,30 €	396,16 €	585,14 €
Modellgußprothese			
1 Kiefer	1.351,90 €	396,16 €	955,74 €

Neben den Eigenbeteiligungen im Bereich des Zahnersatzes entstehen aber auch Lücken in der Zahnbehandlung - speziell bei Parodontosebehandlungen, Wurzelbehandlungen und Kunststoff-Füllungen - sowie bei der Zahnpflege (professionelle Zahnreinigung) und Kieferorthopädie.

Der Beitrag für eine Zahnzusatzversicherung hängt vom Alter bei Abschluss des Vertrages ab und steigt an, je später man diese abschließt. Ein 40-jähriger muss für einen guten Versicherungsschutz mit ca. 25 Euro rechnen, besonders hochwertige Tarife liegen bei ca. 40 Euro monatlich. Tarife mit einem Monatsbeitrag unter 20 Euro decken meist nur den Eigenanteil bei der Regelversorgung, nicht aber optisch ansprechenden Zahnersatz.

3. Stationäre Behandlung im Krankenhaus

Im Krankenhaus selbst besteht über die gesetzliche Krankenversicherung nur ein Anspruch auf Regelleistungen im Mehr-Bettzimmer. Der Komfort eines Ein- oder Zwei-Bettzimmers spricht für eine Zusatzversicherung.

Bedeutender für den Patienten erscheint jedoch – gerade bei schwerwiegenden Erkrankungen – den Arzt des Vertrauens wählen zu können und im Krankenhaus bestmöglich versorgt zu werden. Durch die freie Arztwahl (z. B. Chefarzt) wird die beste ärztliche Betreuung durch Spezialisten, Privatärzte, Chefärzte oder Professoren gesichert. Mit einem stationären Ergänzungstarif kann der Komfort eines Ein- oder Zwei-Bett-Zimmers mit der freien Arztwahl kombiniert werden.

Auch das Thema der ambulanten Operationen hat sich in den letzten Jahren weiter entwickelt. Operationen, die noch vor wenigen Jahren mit einem längeren Krankenhausaufenthalt verbunden waren, können mittlerweile ambulant in der Praxis oder in einer Klinik durchgeführt werden. Immer mehr Patienten in Deutschland entscheiden sich deshalb für eine ambulante Operation, nicht immer sind diese aber vom Versicherungsschutz einer Krankenzusatzversicherung umfasst.

Zusätzlich haben Patienten ab dem 18. Lebensjahr in den ersten 28 Tagen im Krankenhaus eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro Tag bis max. 280 Euro selbst zu tragen. Im Einzelfall ist abzuwägen, ob Mehrkosten, die durch den Krankenhausaufenthalt entstehen, wie z. B. Fahrtkosten der Angehörigen oder der Ausfall von Einkommensbestandteilen, (z.B. Schichtzulage), durch den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung abgedeckt werden sollen.

Bei der Wahl des Krankenhauses bei einem Krankenhausaufenthalt ergibt sich für den Kassenpatienten folgende Einschränkung: Es erfolgt die Einweisung in das nächste erreichbare sowie geeignete Krankenhaus und nicht in das vom Patienten gewünschte.

Bei der Wahl einer Zusatzversicherung sollte darauf geachtet werden, dass auch die Mehrkosten für die freie Krankenhauswahl übernommen werden.

Eine vollwertige Zusatzversicherung für Krankenhausaufenthalte kostet einen 40-Jährigen ca. 35 Euro monatlich im Zweibettzimmer, Tarife mit Einbettzimmer liegen bei ca. 50 Euro. Durch einen früheren Abschluss können die Kosten deutlich gesenkt werden.

4. Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit

Nach dem Haushaltsbegleitgesetz (HBG) von 1984 und dem Beitragsentlastungsgesetz von 1997 müssen gesetzlich versicherte Arbeitnehmer nach Ablauf der Lohnfortzahlung, die in der Regel sechs Wochen beträgt, mit einem Einkommensverlust von fast 25 Prozent rechnen.

Der Einkommensverlust ergibt sich daraus, dass ein Krankengeld in Höhe von 70 % vom Bruttoeinkommen, jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoeinkommens gezahlt wird. Für ein und dieselbe Krankheit leistet die gesetzliche Krankenversicherung längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren eine Unterstützung.

Da die eigenen Kosten wie Miete und Lebenshaltungskosten ungeachtet der Krankheit in voller Höhe weiterlaufen, empfiehlt sich der Abschluss einer Krankentagegeldversicherung, die im Anschluss an die Lohnfortzahlung, d.h. meist ab dem 43. Tag die Einkommenslücke ausgleicht.

Single, 20 Jahre, Steuerklasse I

Bruttoeinkommen: 2.000 Euro
Nettoeinkommen: 1.471 Euro
Krankengeld brutto: 1.324 Euro
Krankengeld netto: 1.161 Euro

**Lücke pro Tag: ca. 10 Euro
d.h. 310 Euro monatlich!**

Verheiratet, 30 Jahre, Steuerklasse IV, 1 Kind

Bruttoeinkommen: 4.000 Euro
Nettoeinkommen: 2.579 Euro
Krankengeld brutto: 2.321 Euro
Krankengeld netto: 2.036 Euro

**Lücke pro Tag: ca. 18 Euro
d.h. 543 Euro monatlich!**

Verheiratet, 40 Jahre, Steuerklasse III, 1 Kind

Bruttoeinkommen: 7.000 Euro
Nettoeinkommen: 4.720 Euro
Krankengeld brutto: 3.623 Euro
Krankengeld netto: 3.177 Euro

**Lücke pro Tag: ca. 54 Euro
d.h. 1.543 Euro monatlich!**

Wir möchten an drei Beispielen zeigen, welche konkrete Lücke entsteht:

Besonders bei Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG, 2024: 5.175,00€ monatlich) steigt die Lücke gravierend an, da für Gehaltsanteile oberhalb dieser Grenze keine Zahlung von Krankengeld erfolgt. Gerade Gutverdiener sollten daher dringend über eine Absicherung nachdenken.

Selbst kleine Einkommen haben bei Arbeitsunfähigkeit eine Lücke von 300€ monatlich bzw. 5.000 Euro maximal je Krankheitsfall, in unserem 3. Beispiel sind

es sogar mehr als 1.600 Euro monatlich bzw. knapp 29.000 Euro je Krankheitsfall! Ob für die Bedarfsfall die komplette Lücke abgesichert werden muss, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Haben Sie beispielsweise einen langen Arbeitsweg, fallen die damit verbundenen Kosten im Krankheitsfall weg, wodurch die tatsächliche Lücke etwas niedriger ausfällt.

Eine gute Krankentagegeldversicherung sollte im Leistungsfall auf das außerordentliche Kündigungsrecht im Schadenfall verzichten und möglichst wenige Ausschlüsse vorsehen. **Die Absicherung von 10 Euro Tagessatz kosten einen 40-Jährigen ca. 4-5 Euro monatlich.**

Selbstständige haben aufgrund der fehlenden Lohnfortzahlung einen höheren und vor allem früheren Absicherungsbedarf. In welcher Höhe und ab wann eine Krankentagegeldabsicherung notwendig und sinnvoll ist, muss hier aber individuell bestimmt werden.

5. Ambulante Versorgung

Die bisher genannten Lücken ließen sich recht klar bestimmen und sehr präzise durch private Krankenzusatzversicherungen abdecken. Im ambulanten Bereich ist dies deutlich komplizierter. Zum einen existieren kaum ambulante Tarife, die alle Lücken gleichzeitig und vollständig schließen, zum anderen sind die Lücken für viele schwer greifbar, die diese in der Vergangenheit nicht am eigenen Leib erfahren haben. Jene, die bereits persönliche Erfahrungen mit den gesetzlichen Lücken machen mussten, erhalten oft keine ambulante Zusatzversicherung mehr (Thema Gesundheitsprüfung).

Nachfolgend möchten wir auf die wichtigsten Lücken im ambulanten Bereich eingehen:

a. Vorsorgeuntersuchungen

Auch wenn es im Widerspruch zum immer wieder propagierten Vorsorgegedanken steht: Zahlreiche Vorsorgeuntersuchungen werden von den Krankenkassen nicht mehr übernommen. So werden z. B. Mammografien, PSA-Screenings und Augeninnendruckuntersuchungen nur noch bezahlt, wenn ein konkreter Verdacht vorliegt. Auch werden viele Vorsorgeuntersuchungen erst ab einem bestimmten Alter erstattet.

Wer schon früher oder ohne einen konkreten Verdacht für sich Gewissheit haben will, muss selbst zahlen. Da in weiten Teilen der Bevölkerung eine rechtzeitige Vorsorge als sinnvoll angesehen wird, haben die privaten Krankenversicherer mit einem breiten Angebot entsprechender Ergänzungsversicherungen reagiert.

b. Alternativmedizin

Obwohl mittlerweile sieben von zehn Bundesbürgern andere als schulmedizinische Heilverfahren nutzen, übernehmen die Krankenkassen diese Kosten in der Regel nicht. Daher ist für GKV-Versicherte, die sich für alternative Heilmethoden interessieren, ein privater Ergänzungsbaustein oft die einzige Möglichkeit, sich diese begehrten Leistungen zu sichern.

„Alternativmedizin“ ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Zur Alternativmedizin gerechnet werden z.B. Naturheilverfahren, Neuraltherapie, ausleitende Verfahren, Homöopathie und Akupunktur.

Ursprünglich sind alternative Heilverfahren die Domäne der Heilpraktiker gewesen. Aber heute erweitern auch immer mehr Ärzte ihr schulmedizinisches Behandlungsspektrum um alternative Behandlungsmethoden.

Es existieren zahlreiche private Zusatztarife, die die Kosten der Alternativmedizin übernehmen. Oftmals ist der jährliche Erstattungsbetrag aber stark eingeschränkt. Tarife mit einer Kostenübernahme über 1.000 Euro pro Jahr sind daher sehr selten.

c. Zuzahlungen

Das Thema Zuzahlungen ist vielfältig. Bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln sind Zuzahlungen zu leisten (siehe nebenstehende Übersicht). Wichtig bei der Wahl einer Ergänzungsversicherung für diesen Bereich ist die tarifliche Aussage, dass bei den Zuzahlungen Bezug auf das Gesetz genommen wird und keine konkreten Beträge genannt werden. Somit sind zukünftige Erhöhungen der gesetzlichen Zuzahlungen durch eine Klausel mitversichert.

Leistungsart	Zuzahlungen
Arznei- und Verbandmittel	pro Arznei- und Verbandmittel 10 % des Abgabepreises, mind. 5 EUR, max. 10 EUR; jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels selbst
Haushaltshilfe	pro Kalendertag 10 % der Leistung, mind. 5 EUR, max. 10 EUR pro Tag
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten sowie 10 EUR je Verordnung, max. bis zu 28 Kalendertage im Jahr
Heilmittel	pro Verordnung 10 EUR sowie 10 % der Kosten des Heilmittels
Hilfsmittel	pro Hilfsmittel 10 % der Kosten, mind. 5 EUR, max. 10 EUR; kein Zuschuss mehr für Brillen und Kontaktlinsen
Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, PKW oder Taxi	in voller Höhe
Soziotherapie	10 % der Kosten, mind. 5 EUR, max. 10 EUR

d. Brillen/Kontaktlinsen

Wer auf Sehhilfen angewiesen ist, interessiert sich aus eigener Erfahrung in hohem Maße für eine gute Absicherung. Die Krankenkassen übernehmen keine Kosten mehr für Brillen und Kontaktlinsen. Ausnahme sind Kinder unter 18 Jahren und Menschen mit einer extrem starken Sehbeeinträchtigung. Kosten von mehreren 100 Euro sind oft die Folge. Diese können mithilfe einer entsprechenden Ergänzungsversicherung zumindest teilweise aufgefangen werden. Sind Sie bei Vertragsabschluss bereits Brillenträger, zahlen Sie aber oftmals so viel Beitrag, dass Sie die Kosten einer neuen Brille durch Ihren Beitrag einzahlen.

e. Privatärztliche Behandlung

Anders als beim Zahnarzt und im Krankenhaus werden Sie durch eine ambulante Zusatzversicherung üblicherweise nicht mit einem Privatpatienten gleichgestellt. Hierfür existieren vereinzelt Tarife, deren Kosten aber für viele kaum bezahlbar sind.

Eine ambulante Zusatzversicherung kann von einer Ausschnittsdeckung (z.B. Brille) bis zum Komplettschutz reichen. **Dementsprechend haben die monatlichen Beiträge eines 40-Jährigen von 4 – 300 Euro eine riesige Spanne.**

6. Optionstarife

Haben Sie aufgrund einer selbstständigen Tätigkeit, einer Verbeamtung oder einem hohen Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG 2024: 69.300€) die Möglichkeit, in die private Krankenvollversicherung zu wechseln und sich auch für dieses System entschieden, kann es vorkommen, dass die notwendige Gesundheitsprüfung Ihren Wechsel verhindert.

Haben Sie entsprechende Ambitionen, kann es sinnvoll sein, bereits in jungen Jahren einen sog. Optionstarif abzuschließen. Mit diesem sichern Sie Ihren Gesundheitszustand, sodass Sie später ohne erneute Gesundheitsprüfung in die private Krankenversicherung wechseln können. Dieser „Joker“ hat einigen unserer Kunden in der Vergangenheit geholfen, den eigentlich nicht mehr möglichen Wechsel in die PKV zu vollziehen.

Die Auswahl des richtigen Optionstarifs ist im Grunde genauso kompliziert, wie die Suche nach einer passenden Vollversicherung. Sie bedarf daher unbedingt einer persönlichen Beratung.

Ein Optionstarif ist mit ca. 5 Euro monatlich vergleichsweise günstig erhältlich.

7. Kooperationstarife der Krankenkassen

Die meisten gesetzlichen Krankenkassen bieten ihren Mitgliedern Kooperationstarife von privaten Krankenversicherern an. Meist handelt es sich um normale Krankenzusatzversicherungen, deren Beitrag minimal niedriger ausfällt.

Häufig schließen eher leistungsschwache Krankenversicherer solche Kooperationen mit Krankenkassen ab, um den Vertrieb anzukurbeln. Oftmals sind diese Kooperationstarife nicht zu empfehlen. Auch bindet man sich durch diese unnötig an die Krankenkasse, da bei einem Kassenwechsel die Beiträge der Zusatzversicherung meist angehoben werden.

8. Individuelle Leistungen der Krankenkassen

Weit mehr als 90% der Leistungen sind bei den gesetzlichen Krankenkassen identisch, da gesetzlich vorgeschrieben. In einigen Bereichen können die Kassen aber individuelle Leistungen anbieten, z.B. in den Bereichen Vorsorgeuntersuchungen, Brillen oder Zahnprophylaxe.

Diese Leistungen können natürlich bei der Auswahl einer Krankenzusatzversicherung Berücksichtigung finden. Allerdings sollte beachtet werden, dass die Zusatzleistungen der gesetzlichen Krankenkassen nicht vertraglich fixiert sind und dementsprechend jederzeit gestrichen werden können. In der Vergangenheit haben Kunden von uns so z.B. eine zugesagte Erstattung von Brillenkosten nach einem Jahr wieder verloren.

9. Beitragskalkulation und –stabilität

Eine Krankenzusatzversicherung schließt man in der Regel nicht für einen kurzen Zeitraum, sondern „fürs Leben“ ab. Krankenzusatzversicherer haben das Recht, ihre Beiträge jährlich an gestiegene Ausgaben und die wirtschaftliche Situation des Versicherers anzupassen. Daher sind möglichst stabile Beiträge ein wichtiges Selektionskriterium.

Wir haben keine Glaskugel und können daher nicht sicher sagen, wie sich der Beitrag jedes einzelnen Tarifs in der Zukunft entwickeln wird. Jedoch stellen wir uns bei der Auswahl der Versicherer die folgenden Fragen, um Ihre Chancen auf stabile Beiträge zu erhöhen:

- a. Wie finanzstark ist der jeweilige Versicherer?
- b. Wie lange bietet der Versicherer schon Krankenzusatzversicherungen an und wie verliefen frühere Tarife?
- c. Liegt der Beitrag gravierend unter denen vergleichbarer Tarife und kann der Versicherer dies plausibel erklären?
- d. Geht der Versicherer durch seine Gesundheitsfragen und Annahmepolitik aus unserer Sicht das Risiko ein, sehr schnell viele Leistungsfälle regulieren zu müssen?

Mit diesen Fragestellungen lassen sich einige Versicherer und Tarife herausfiltern, welche durch „Kampfpreise“ schnell in den Markt kommen wollen und ein hohes Risiko beinhalten, dass sich die Beiträge sehr negativ entwickeln. Dies ist z.B. der Fall bei Tarifen, welche auch Behandlungen bezahlen, welche bei Vertragsabschluss schon angeraten sind.

Darüber hinaus sollte beachtet werden, dass nicht alle Krankenzusatzversicherungen auch eine dauerhafte Kalkulation vorsehen. Immer mehr Tarife sind so kalkuliert, dass sie auch für Bestandskunden feste Beitragserhöhungen vorsehen, wenn bestimmte Altersgrenzen erreicht werden (meist in 5-Jahresschritten). Als Kunde erhalten Sie dadurch doppelte Beitragsanpassungen, da die allgemeinen Preissteigerungen auch diese Tarife treffen. In der Vergangenheit kam es bei solchen Tarifen teils zu Anpassungen von mehr als 40% in einem Jahr.

10. Gesundheitsprüfung und vorvertragliche Anzeigepflicht

Wie bei der Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgt auch bei der Krankenzusatzversicherung eine Gesundheitsprüfung bei Vertragsabschluss. Wie wichtig hierbei wahrheitsgemäße Angaben sind, haben wir [in unserem Blog](#) im Abschnitt „Ehrlich währt am längsten“ beschrieben.

Sie haben Fragen oder wünschen eine Beratung zum Thema Krankenversicherung?
[Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme!](#)