



Krankenzusatzversicherung

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.



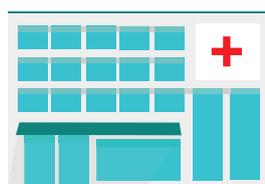
Chefarzt

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.



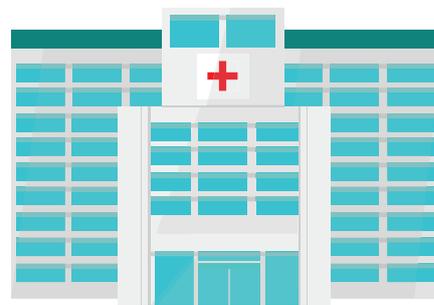
Krankenhaus mit Basisversorgung

Haben mindestens die Fachbereiche Chirurgie und Innere Medizin.



Krankenhaus mit Schwerpunktversorgung

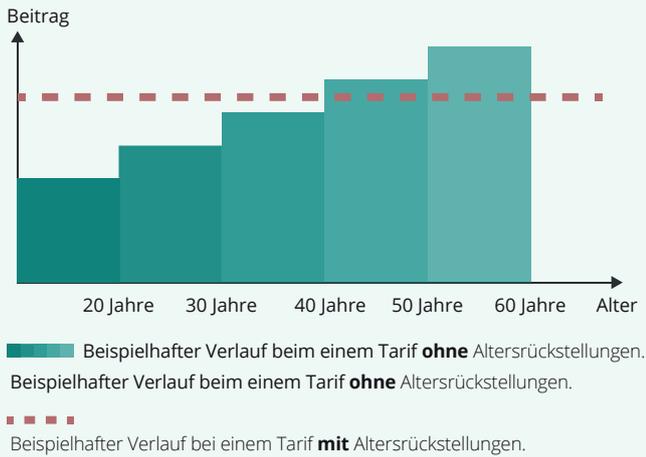
Verfügen über mehr Fachbereiche und erfüllen überregionale Schwerpunktaufgaben.



Krankenhaus mit Maximalversorgung

Haben mindestens die Fachbereiche Chirurgie und Innere Medizin.

Maßnahmen, um Beitragssteigerungen zu verringern



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 Altersrückstellungen 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.