

ACHSE Informationsblatt – Selbsthilfe hilft einander^a

Thema:	Versicherungen für Betroffene
Kategorie:	Betroffenenberatung und Informationen
Subkategorie	Betroffenenberatung
Stand der Bearbeitung: ^b	5.5.2015
Autor: ^c	Jenny Heinrich

Thema: Welche Versicherungen sind sinnvoll abzuschließen, bevor/ wenn ich mit einer seltenen chronischen Krankheit diagnostiziert bin?

Welche Versicherungen können bzw. sollten wir für unsere Kinder abschließen, wenn sie schon diagnostiziert sind?

A. Einleitung

Vielen chronischen seltenen Erkrankungen ist es gemein, dass der Krankheitsverlauf nicht vorhersagbar ist. Es ist oftmals nicht absehbar, ob und wie lange ein Betroffener berufstätig sein kann und wann eine (intensivere) Betreuung und Pflege benötigt wird. Es kann daher sinnvoll sein, bestimmte Versicherungen frühzeitig abzuschließen, um später etwaige finanzielle Lücken schließen zu können.

Dieses Informationsblatt gibt einen Überblick über die verschiedenen Arten von Versicherungen ohne jedoch einzelne Versicherungen bzw. Tarife zu empfehlen. Die Erläuterungen ersetzen keinesfalls eine individuelle Beratung und stellen keine abschließende Bewertung dar.

Es erscheint nicht fair, aber Menschen mit chronischen seltenen Erkrankungen müssen in der Regel für eine Versicherung entweder Risikozuschläge zahlen oder erhalten schlichtweg eine Ablehnung.

Abgesehen von den gesetzlichen Versicherungen (v.a. Krankenversicherung, Pflegeversicherung) sind alle Versicherungen privatwirtschaftliche Unternehmen, die ihre Entscheidung über die Aufnahme von Versicherten anhand einer Risikoeinschätzung treffen. Dazu ist in der Regel ein Gesundheitsfragebogen auszufüllen. Die Fragen im Rahmen der Gesund-

heitsprüfung sollten auf jeden Fall richtig beantwortet werden. Ansonsten droht der Versicherungsschutz im Ernstfall nicht zu greifen und auch ein strafrechtliches Verfahren wegen Versicherungsbetrugist möglich.

Grundsätzlich ist es daher ratsam - falls möglich - die wichtigsten Versicherungen vor einer Diagnostizierung mit einer chronischen seltenen Krankheit abzuschließen. Dies ist zum Beispiel denkbar, wenn eine Krankheit im Raum steht, die mit großer Wahrscheinlichkeit vererbt werden kann. Hier ist allerdings darauf zu achten, dass der Gesundheitsfragebogen nicht nach bekannten Erkrankungen in der Familie fragt, da man diese wahrheitsgemäß beantworten muss.

Um eine genetische Diskriminierung zu vermeiden, regelt das Gendiagnostikgesetz¹, dass eine Versicherungsgesellschaft grundsätzlich² weder die Vornahme eines Gentests verlangen noch die Mitteilung des Inhalts eines bereits vorgenommenen Gentests fordern darf. Dies ist vor allem relevant für diejenigen chronischen seltenen Erkrankungen, die durch prädiktive genetische Diagnostik feststellbar sind. Dennoch müssen diagnostizierte Krankheiten (also wenn man Symptome einer bestimmten Krankheit hat) angegeben werden.

In der Regel wird also der Gesundheitsfragebogen der Versicherer der springende Punkt sein. Hier lohnt es sich, die einzelnen Versicherer sorgfältig miteinander zu vergleichen. Leider wird es wohl kaum der Fall sein, dass eine Versicherung gar nicht nach der Gesundheit fragt, es ist jedoch denkbar, dass einige Versicherungen weniger ausführlich fragen als andere.

Des Weiteren gilt im Zusammenhang mit Versicherungen in der Regel: Je früher eine Versicherung abgeschlossen wird, umso geringer sind die Beiträge.

Ein letzter Aspekt, der im Zusammenhang mit Vorerkrankungen und allen privaten Versicherungen sehr wichtig ist, ist die Sonderwagnisdatei. Die Versicherer können negative oder problembehaftete Anfragen in eine zentrale Datenbank (Sonderwagnisdatei) stellen, auf die so gut wie alle Versicherungen Zugriff haben. Wird man also bei einer Versicherung abgelehnt, steigert das nicht gerade die Chancen, bei einer anderen Versicherungsgesellschaft unterzukommen.

Bei Vorerkrankungen sollte daher zunächst nur eine (anonyme) Risikovorfrage an die Versicherung gestellt werden. Es werden nur die für die Tarifierung notwendigen Rahmendaten an die Versicherung übermittelt, der konkrete Name etc. bleiben ungenannt. Auf diese Weise kann die Versicherung die gesundheitliche Situation abklären und erörtern, ob der Antrag ggf. angenommen werden könnte. Das Ergebnis der Risikovorfrage kann dann als Anhaltspunkt dafür genommen werden, bei welchen Versicherungsgesellschaften es sich lohnt, ei-

¹ § 18 GenDG

² Etwas anderes gilt ab einer vereinbarten Leistung von 300.000 €/ 30.000 € Jahresrente

nen "echten" Antrag zu stellen und bei welchen nicht. Wichtig ist jedoch eines: Die Risikovorabfragen sind nicht bindend - es kann also durchaus passieren, dass Anträge abgelehnt werden, obwohl die Risikovorabfrage positiv ausgefallen ist.

Um zu erfahren, ob bereits ein Eintrag vorliegt, kann man sich an die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH wenden, die die Wagnisdatei der Versicherungswirtschaft betreibt. Sie verpflichtet sich zur Auskunft gegenüber Verbrauchern. Privatpersonen können einmal im Jahr auf postalischem Wege in Erfahrung bringen, ob ein Eintrag über Sie vorliegt. Auf der Webseite der IRFP³ sind alle Informationen zu finden⁴

Online gibt es einen Beispielfragebogen⁵. Wenn man in diesem Fragebogen auch nur eine Frage mit Ja beantworten müsste, sollte man lieber eine Risikovorabfrage stellen.

B. Arten von Versicherungen

I. Krankenversicherung

1. Gesetzliche Krankenversicherung

a) Was wird versichert und ist es sinnvoll, diese abzuschließen?

Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet dem Versicherten u.a. die Kosten von ärztlichen Behandlungen. Im Vergleich zu den privaten Krankenversicherungen rechnen die Kassen direkt mit dem Arzt ab. Teilweise muss sich der Versicherte durch Zuzahlung an bestimmten Leistungen beteiligen. Für chronisch Kranke gilt jedoch eine geringere Belastungsgrenze bei Zuzahlungen von nur 1 Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen.⁶

b) Kann ich für mein Kind/ als Betroffener eine solche Versicherung abschließen?

Die gesetzliche Krankenversicherung ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung verpflichtet, jeden Menschen ohne Gesundheitsprüfung aufzunehmen, der die Voraussetzungen der Versicherungspflicht für die GKV erfüllt (geregelt in § SGB V⁷).

Kinder sind grundsätzlich, sofern ihre Eltern bzw. ein Elternteil Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist, über diese familienversichert. Dies ist bis zum 25. Lebensjahr mög-

³ <http://www.informa-irfp.de/selbstauskunft-und-datenschutz/selbstauskunft/>

⁴ <http://risikolebensversicherung.de/ohne-gesundheitspruefung/>

⁵ http://www.wifo-media.de/LV_Service/Wifo_Gesundheitserklaerung.pdf

⁶ <https://www.privatekrankenversicherungstest.de/private-krankenversicherung-chronisch-krank/>

⁷ <http://www.krankenkassen.net/gesetzliche-krankenversicherung/krankenkasse-wechseln/muss-jede-gkv-jeden-aufnehmen.html>

lich, sofern der Betroffene im Studium ist bzw. auch lebenslang, wenn der Betroffene aufgrund seiner Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten⁸

c) Was ist zu beachten?

Auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich durch einen Vergleich bares Geld sparen. Zwar ist der Beitrag abhängig vom Einkommen bei allen gesetzlichen Krankenkassen gleich, aber einige Krankenkassen bieten Zusatzleistungen oder besondere Bonusprogramme an bzw. sind finanziell besonders stabil aufgestellt. Hier lohnt sich ein Vergleich mit Hilfe eines im Internet erhältlichen Vergleichsportals⁹.

Bei einem Wechsel der Krankenkasse sind bestimmte Vorgaben einzuhalten, z.B. muss der Versicherte mindestens 18 Monate der vorherigen Krankenkasse angehört haben.¹⁰ Bei einem Wechsel in der privaten Krankenversicherung ist zu beachten, dass auch die Hilfsmittelversorgung gut abgedeckt ist. Dies ist bei privaten Versicherungen des Öfteren nicht der Fall.

2. Private Krankenversicherung (PKV)

a) Was wird versichert und ist es sinnvoll, diese abzuschließen?

Auch die PKV übernimmt u.a. die Kosten für ärztliche Behandlungen. In einer privaten Krankenversicherung wird der Preis allerdings in Abhängigkeit von Lebensalter, Geschlecht und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss kalkuliert. Ein chronisch kranker hat in der Regel einen höheren Betrag zu zahlen, als ein gesunder Mensch¹¹.

Anders als bei der GKV muss der Versicherte in der PKV die Kosten der medizinischen Behandlung in der Regel vorstrecken, was einen höheren bürokratischen Aufwand bedeutet. Nach Ablauf einer gewissen Frist, in der die private Krankenkasse die Notwendigkeit der Behandlung und die veranschlagten Kosten prüft, erhält der Versicherte in der Regel den vollen Betrag erstattet. Manche Versicherungsnehmer reichen auch erst die Rechnung ein und bezahlen den Arzt erst dann, wenn das Geld auf ihrem Konto eingegangen ist. Auch diese Vorgehensweise ist grundsätzlich möglich, da die Prüfungsfrist der privaten Krankenkasse meist nur maximal 14 Tage beträgt.¹²

⁸ http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a712-ratgeber-fuer-behinderte-mens-390.pdf?__blob=publicationFile, § 10 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 4, Abs. 3 SGB V

⁹ Z.B. bei Stiftung Warentest oder Focus

¹⁰ <http://www.krankenkassen.net/gesetzliche-krankenversicherung/krankenkasse-wechseln/muss-jede-gkv-jeden-aufnehmen.html>

¹¹ <https://www.privatekrankenversicherungstest.de/private-krankenversicherung-chronisch-krank/>

¹² <http://www.krankenkassen.net/private-krankenversicherung/finanzielle-vorleistungen/muessen-alle-arztrechnungen-vorgestreckt-werden.html>

Der Versicherte in einer PKV hat die Wahl seiner medizinischen Versorgung und zusätzlicher Leistungen grundsätzlich selbst in der Hand. Je nach Tarif kann eine PKV mehr Leistungen übernehmen als die GKV. Oft ist aber die Hilfsmittelversorgung leider nicht so gut abgedeckt wie in der GKV.

Die Chefarztbehandlung ist in der Regel in jedem Tarif enthalten. Die Tarifgestaltung ist bei den privaten Versicherungen sehr viel flexibler und den Versicherungsnehmern stehen viele Möglichkeiten offen, ihren Wunschartif individuell auszubauen. Ein Nachteil der PKV ist, dass der Beitrag auch weitergezahlt werden muss, wenn der Versicherte länger erkrankt ist und es zu finanziellen Einbußen aufgrund der Krankheit kommt. In der GKV sind die Versicherungsnehmer von der Beitragszahlungspflicht befreit, wenn sie länger als sechs Wochen erkrankt sind und ihrem Beruf nicht nachgehen können.¹³

Eine Mitgliedschaft in der privaten Krankenkasse kann jedoch in bestimmten Fällen auch verpflichtend sein. Seit 2009 gilt eine Krankenversicherungspflicht auch für die Menschen, die nicht verpflichtet sind, sich gesetzlich zu versichern. Will jemand sich dann nicht freiwillig gesetzlich versichern, ist er verpflichtet, Mitglied einer PKV zu werden. Der Gesetzgeber wollte damit vermeiden, dass sich jemand aufgrund wirtschaftlicher Erwägungen nicht krankenversichert.

b) Kann ich für mein Kind/ als Betroffener eine solche Versicherung abschließen?

Kinder können über ihre Eltern privat versichert werden. Ob diese auch später in der PKV bleiben können, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab (siehe c). Eine PKV nimmt ein neugeborenes Kind zu erleichterten Bedingungen auf, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind. Es findet dann keine Gesundheitsprüfung statt. Selbst bei schwersten Erkrankungen oder Behinderungen des Kindes gibt es deshalb weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse. Ebenso wenig gelten Wartezeiten, bis die Versicherung in Anspruch genommen werden kann.

Die erste Voraussetzung ist, dass bei Geburt ein Elternteil schon mindestens 3 Monate lang bei der privaten Versicherung Mitglied sein muss, bei dem auch das Kind versichert werden soll. Zweitens muss ein Aufnahmeantrag innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt gestellt werden. Für das Kind kann der gleiche Tarif abgeschlossen werden, den man selbst hat oder auch ein anderer. Wenn man allerdings einen besseren Versicherungsschutz als den eigenen (z. B. Ein- statt Zweibettzimmer) wünscht, ist für diese Mehrversicherung eine Risikoprüfung notwendig¹⁴.

¹³ § 224 SGB V, Beitragsfreiheit bei Zahlung von Krankengeld, welches als Lohnersatzleistung gezahlt wird, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (§ 3 EntgeltfortzG) besteht

¹⁴ <https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/so-funktioniert-die-pkv/wie-kann-ich-mein-kind-krankenversichern/>

Zu beachten ist jedoch, dass in der PKV die anderen Familienmitglieder nicht beitragsfrei mitversichert sind wie in der Familienversicherung der GKV. In der muss für jedes weitere Mitglied, auch wenn es sich um den Ehepartner oder ein Kind handelt, ein eigener Monatsbeitrag entrichtet werden, was unweigerlich eine finanzielle Mehrbelastung bedeutet.

Erwachsene Betroffene hingegen können nur in die PKV, wenn Sie die Voraussetzungen zur Mitgliedschaft erfüllen, das bedeutet, dass nicht nach § 5 SGB V¹⁵ eine Pflicht zur GKV bestehen darf bzw. im Umkehrschluss nach § 6 SGB V eine Versicherungsfreiheit besteht. Dies ist u.a. bei bestimmten Berufsgruppen wie Beamten oder Selbstständigen und bei Angestellten oberhalb eines bestimmten Jahreseinkommens (Versicherungspflichtgrenze) möglich.

Des Weiteren muss eine PKV gefunden werden, die einen Betroffenen auch aufnimmt. Dies kann nicht pauschal für jede PKV beantwortet werden, es ist jedoch einigermaßen sicher, dass die Versicherung bei Vorliegen einer chronischen seltenen Erkrankung einen höheren Beitrag fordert, um ihr höheres Risiko auszugleichen oder den Antragssteller ablehnt.

c) Kann ein Kind mit einer chronischen seltenen Erkrankung in der PKV bleiben, wenn es erwachsen wird?

Ein Verbleib des Kindes in der PKV ist davon abhängig, ob eine Pflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung eintritt, z.B. durch die Aufnahme einer Berufsausbildung¹⁶.

Wenn es jedoch möglich erscheint, dass irgendwann die Voraussetzungen für den Zugang in die PKV (wieder) vorliegen werden, u.a. Selbstständigkeit, Verbeamtung¹⁷, sollte eine **Anwartschaftsversicherung**¹⁸ abgeschlossen werden. Diese ermöglicht es, zu einem späteren Zeitpunkt ohne erneute Gesundheitsprüfung in die PKV aufgenommen zu werden.

Tritt die Pflicht zur GKV nicht ein, kann ein erkranktes Kind grundsätzlich sein Leben lang in der PKV bleiben.

d) Was ist zu beachten?

Auch bei der Suche nach einer PKV sollte man die Tarife mit Hilfe eines Onlineportals vergleichen, um die richtigen Optionen für die eigenen Bedürfnisse zu wählen.

¹⁵ http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__5.html

¹⁶ Fälle der Versicherungspflicht in der GKV § 5 SGB V

¹⁷ Fälle der Versicherungsfreiheit in § 6 SGB V

¹⁸ <http://www.krankenkassen.de/zusatzversicherungen/Anwartschaftsversicherung/>

3. Krankenzusatzversicherung

Eine Krankenzusatzversicherung kann neben der eigentlichen Krankenversicherung (v.a. neben der GKV) abgeschlossen werden, um bestimmte zusätzliche Leistungen, wie z.B. eine Chefarztbehandlung (bei den meisten PKV schon enthalten) oder ein Einzelzimmer im Krankenhaus erstattet zu bekommen.

Bei einer privaten Krankenzusatzversicherung ist im Falle einer Vorerkrankung jedoch genau zu prüfen, ob es sich lohnt die etwaigen unverhältnismäßig hohen Risikozuschläge zu zahlen. Es kann manchmal günstiger sein, einen möglichen Mehraufwand, den die gesetzliche Krankenkasse nicht trägt, aus eigener Tasche zu zahlen anstatt eine Zusatzversicherung abzuschließen.¹⁹

I. Berufsunfähigkeitsversicherung

1. Was wird versichert und ist es sinnvoll, eine solche Versicherung abzuschließen?

Eine Berufsunfähigkeitsversicherung (BU) sichert den Fall ab, dass jemand seinen bisherigen Beruf infolge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr ausüben kann. Man kann sie also auch als „Karriereversicherung“ bezeichnen. Sie ist zu unterscheiden von der Erwerbsunfähigkeitsversicherung, die erst eintritt, wenn der Betroffene gar keiner Erwerbstätigkeit oberhalb einer gewissen Zeitgrenze mehr nachgehen kann²⁰.

Im Versicherungsfall erhält der Versicherte eine vereinbarte monatliche Rente als Ausgleich zum Verlust der Arbeitsfähigkeit.

Insbesondere bei jungen Menschen besteht im Fall einer Berufsunfähigkeit ggf. keiner oder nur ein sehr begrenzter staatlicher Schutz im Rahmen der Erwerbsunfähigkeit. Bereits Schüler können eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen. Hierfür haben die Versicherer spezielle Tarife im Angebot.

2. Kann ich für mein Kind/ als Betroffener eine solche Versicherung abschließen?

Wenn eine Krankheit im Raum steht (z.B. weil eine hohe Wahrscheinlichkeit der Vererbung besteht) gilt für alle Personenversicherungen, dass diese möglichst vor einer tatsächlichen Diagnostizierung abgeschlossen werden sollten, um die Fragen im Gesundheitsbogen wahrheitsgemäß zu beantworten und eine Ablehnung zu verhindern. Hierbei ist wiederum darauf

¹⁹ <http://www.krankenkassen.net/krankenzusatzversicherungen/chronisch-krank-krankenzusatzversicherung.html>

²⁰ <http://www.wegweiser-berufsunfaehigkeitsversicherung.de/artikel/id/3>

zu achten, dass der Gesundheitsfragebogen keine Nachfragen zu Erkrankungen im Familienumfeld stellen sollte.

Für Menschen, die mit einer seltenen chronischen Krankheit bereits diagnostiziert sind, wird es grundsätzlich sehr schwer sein, eine Berufsunfähigkeitsversicherung abzuschließen. Hierzu kann allerdings keine abschließende Aussage getroffen werden, da die verschiedenen Versicherer teilweise unterschiedliche detaillierte Gesundheitsfragebögen und Aufnahmepolitiken haben. Ob eine Versicherung nun jedoch einen Antrag ablehnt oder ihn doch, evtl. unter Berücksichtigung eines Beitragszuschlags, annimmt, kann man pauschal nicht beantworten. Die einzelnen Gesundheitsfragebögen der Versicherungen sind daher sorgfältig zu prüfen und zu vergleichen.

Wenn der Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung wegen einer Vorerkrankung nicht möglich ist, kann aber zumindest der Abschluss einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung ohne Gesundheitsfragen in Frage kommen. Hierbei bestehen allerdings Wartezeiten (in denen für den Leistungsfall noch kein Versicherungsschutz besteht) von 5 Jahren. Hier ist es aber sehr wichtig, dass man vorher noch nicht bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung abgelehnt wurde (Stichwort Sonderwagnisdatei).

Übersichten bezüglich Alternativen zu Berufsunfähigkeitsversicherungen sind im Internet zu finden²¹

3. Wenn ja, was ist zu beachten?

Wichtig ist, sich klarzumachen, dass private Versicherungen keine Sozialversicherungen sind. Es werden privatrechtliche Verträge geschlossen, die auf dem Versicherungsvertragsgesetz basieren. „Berufsunfähigkeit“ ist in der privaten Versicherungsgesellschaft also das, was in den individuellen Versicherungsbedingungen des einzelnen Versicherers als Berufsunfähigkeit definiert wird²². Dies kann von Versicherung zu Versicherung teilweise variieren. Es ist daher wichtig, sicherzustellen, dass man genau versteht, welchen Fall die Versicherung abdeckt und welchen nicht, um später böse Überraschungen zu vermeiden.

Zu achten ist auch auf sogenannte „Verweisklauseln“. Bei der abstrakten Verweisung kann der Versicherer die Auszahlung der versicherten Leistung mit der Begründung verweigern, dass die versicherte Person zwar ihren angestammten Beruf nicht mehr ausüben kann,

²¹http://www.versicherungsmakler-ternes.de/berufsunfaehigkeitsversicherung_ohne_gesundheitsfragen-53779.html;
http://www.versicherungsmakler-ternes.de/berufsunfaehigkeitsversicherung_ohne_gesundheitsfragen-53779.html#video-Berufsunfaehigkeitsversicherung-gesundheitsfragen

²² <http://www.wegweiser-berufsunfaehigkeitsversicherung.de/artikel/id/3>

sehr wohl aber noch in der Lage ist, einen anderen, angemessenen Beruf auszuüben. Was hierbei jedoch als "angemessen" definiert wird, ist immer ein wenig Ermessenssache und muss nicht selten von Gerichten und Anwälten geklärt werden.

Etwas anders ist es bei einer konkreten Verweisung. Dort ist es möglich, dass die Versicherung die Auszahlung zurückhalten kann, sofern die versicherte Person einen anderen Beruf konkret ausübt, der in etwa der bisherigen Lebensstellung entspricht. Hier würde, so die Begründung der Versicherungen, wieder Einkommen erzielt und somit fiel die Grundlage für die Auszahlung der Berufsunfähigkeitsrente weg. Bei der konkreten Verweisung ist es jedoch so, dass viele Experten dazu raten, sie zu akzeptieren, da man sonst wesentlich höhere Beiträge zahlen müsste. Dies ist auch vertretbar, da man ja durch einen anderen Job einen Lohn erhält.²³

Des Weiteren sollte man auf einen Vertrag mit Nachversicherungsgarantie achten. Dies bedeutet, dass der Versicherte die Versicherungsleistung bei bestimmten Ereignissen wie Heirat, Geburt, Immobilienerwerb oder Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen kann.

Weitere zu beachtende Aspekte im Kleingedruckten sind auf der Internetseite des Bundes der Versicherer zu finden.²⁴

Schließlich sollte die Höhe der monatlichen Zahlung für den Versicherungsfall realistisch kalkuliert werden. Lebenshaltungskosten werden teurer und auch das Leben mit einer Erkrankung kostet aufgrund des zusätzlichen Bedarfs an bestimmten Dingen mehr.

II. Pflegezusatzversicherung

1. Was wird versichert und ist es sinnvoll, diese abzuschließen?

In den Sozialversicherungsbeiträgen ist auch ein Beitrag für die gesetzliche Pflegeversicherung enthalten. Im Fall einer Pflegebedürftigkeit erbringt die gesetzliche Pflegeversicherung Geld- oder Sachleistungen für die Pflege (zu Hause oder im Heim). Dieser Zuschuss deckt die Kosten oft nicht, d.h. einen großen Teil muss jeder einzelne selbst finanzieren, und zwar mit der Rente, mit gespartem Geld oder eben mit einer privaten Pflegezusatzversicherung.

²³ <http://www.berufsunfaehigkeit.net/faq/was-bedeutet-abstrakte-verweisung-und-konkrete-verweisung/>

²⁴ <https://www.bunddersicherten.de/Berufsunfaehigkeit>

2. Kann ich für mein Kind/ als Betroffener eine solche Versicherung abschließen?

Grundsätzlich gilt hier das bei der BU Gesagte. Es kann schwierig werden, mit der Diagnose einer chronischen seltenen Erkrankung eine Versicherung finden, die einen Betroffenen aufnimmt. Eine Besonderheit bei den Pflegezusatzversicherungen ist jedoch der sogenannte „**Pflege-Bahr**“, eine staatlich geförderte, private Pflegezusatzversicherung, die 2013 eingeführt wurde. Die „Pflege-Bahr“-Tarife gibt es bei mehreren Versicherungsgesellschaften. Die Versicherungen dürfen nicht nach Krankheitsrisiken oder Vorerkrankungen fragen und müssen daher jeden aufnehmen.

Der Pflege-Bahr kann eine Option für Betroffene sein, die bereits diagnostiziert sind und anders keinen Versicherungsschutz erlangen können. Der Mindestbeitrag des Versicherten beträgt 120 Euro jährlich (10 Euro monatlich). Der jährliche Förderbeitrag von 60 Euro (5 Euro monatlich) kommt hinzu. Genauere Konditionen und Voraussetzungen sind auf der Internetseite des Bundes der Versicherten zu finden²⁵.

3. Wenn ja, was ist zu beachten?

Bei den Pflege-Bahr-Tarifen kann es zu Wartezeiten von bis zu 5 Jahren kommen, in denen der Versicherungsschutz noch nicht besteht, falls es zur Pflegebedürftigkeit kommt. Zwar verwenden die einzelnen Versicherungsunternehmen brancheneinheitliche Versicherungsbedingungen. Dennoch unterscheiden sich die Tarife in den Leistungshöhen und in den Regelungen zur Wartezeit, sodass ein Vergleich sich lohnt.

Zu verschweigen ist aber nicht, dass die staatlich geförderten Pflegezusatzversicherungen von der Stiftung Warentest nicht als gut bewertet werden²⁶ und sie erfüllen auch nicht die Kriterien des Bundes der Versicherten. Dennoch kann diese staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung ggfls. besser sein, als gar keine Versicherung abzuschließen.

Es sollte darauf geachtet werden, dass Demenz sowie Laienpflege und Pflegestufe 0 mit enthalten sind. Die Tagessätze, die je Pflegestufe vereinbart werden, sollten dynamisiert sein, d.h. sich jährlich anpassen, um auch bei der Inflation noch ausreichend hoch zu sein.

III. Lebensversicherung

1. Was wird versichert und ist es sinnvoll, diese abzuschließen?

²⁵ <https://www.bunddersicherten.de/Kranken-Pflege/Pflege-Bahr>

²⁶ <http://www.welt.de/finanzen/verbraucher/article115334451/Finger-weg-von-staatlich-gefoerderten-Pflege-Policen.html>

Es gibt viele unterschiedliche Arten der Lebensversicherung. Die zwei häufigsten Versicherungen sind die Risikolebensversicherung und die Kapitallebensversicherung. Beiden gemeinsam ist, dass ein vereinbarter Betrag gezahlt wird, wenn der Versicherte stirbt. Bei der Kapitallebensversicherung geht es zusätzlich um das Ansparen von Geld.

Einen guten Überblick bietet das Portal des Bundes des Versicherten²⁷. Von Kapitallebensversicherungen rät der Bund der Versicherten mit wenigen Ausnahmen eher ab. Eine Risikolebensversicherung hingegen wird als eine günstige Möglichkeit bezeichnet, Hinterbliebene für den Todesfall finanziell abzusichern. Eltern, die über den Abschluss von Versicherungen für ihre Kinder nachdenken, sollten sich aber zunächst auf andere Versicherungen konzentrieren.

Ein eher neueres Versicherungsmodell ist die sogenannte „Dread disease-Versicherung“/ schwere Krankheiten-Versicherung. Diese Versicherung zahlt eine einmalige Versicherungssumme bei Eintritt einer im Vertrag vereinbarten Krankheit. Diese Versicherung ist jedoch noch ein Nischenprodukt und deckt zum einen nicht unbedingt chronische, seltene Erkrankungen ab²⁸, zum anderen ist ein Abschluss gar nicht möglich, wenn eine Erkrankung schon vorliegt.

2. Kann ich für mein Kind/ als Betroffener eine solche Versicherung abschließen?

Hier gelten ähnliche Problematiken wie bei der Berufsunfähigkeitsversicherung. Es scheint aber auch positive Entwicklungen zu geben, wie ein 2014 in der ÄrzteZeitung erschienener Artikel deutlich macht²⁹ in dem es um Lebensversicherungen bei Menschen mit diagnostizierter Mukoviszidose geht. Ob ein Abschluss möglich ist, wird von mehreren Faktoren, u.a. von der Krankheit und der gewünschten Laufzeit der Versicherung abhängen.

Prinzipiell werden wohl nur Policen mit wesentlich kürzeren Vertragslaufzeiten als übliche Lebensversicherungsverträge abschließbar sein. Dies kann dennoch einen Nutzen haben, z.B. wenn ein Betroffener einen Kredit benötigt, die Bank für die Gewährung aber voraussetzt, dass der Kredit durch eine Lebensversicherung abgesichert wird.

3. Wenn ja, was ist zu beachten?

Lebensversicherungen binden Kapital, daher ist es wichtig realistisch zu kalkulieren, wie viel man einzahlen kann und wie viel Geld man später benötigt.

²⁷ <https://www.bunddersicherten.de/Lebensversicherung>

²⁸ <https://www.1averbraucherportal.de/versicherung/dread-disease>

²⁹ http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/special-versicherungen/article/863033/paradigmenwechsel-lebensversicherung-jetzt-mukoviszidose.html

IV. Rechtsschutzversicherung

1. Was wird versichert und ist es sinnvoll, diese abzuschließen?

Eine Rechtsschutzversicherung übernimmt Anwalts- und Verfahrenskosten für verschiedene Rechtsbereiche. Dazu gehört u.a. das Sozialrecht, etwa bei Streit mit der gesetzlichen Krankenkasse um Pflegestufen oder Vertragsangelegenheiten (Zivilrecht), wenn es Uneinigkeiten mit einer privaten Versicherung um den Eintritt des Leistungsfalls gibt.

Bei den Versicherungsangeboten ist zu beachten und im Vorfeld vor Abschluss zu prüfen, dass bei Rechtsstreitigkeiten die Versicherungen nicht erst im Klageverfahren, sondern schon im Rahmen des Widerspruchsverfahren von den Versicherten in Anspruch genommen werden können (bei Hilfsmittelfragen oft sinnvoll..).

2. Kann ich für mein Kind/ als Betroffener eine solche Versicherung abschließen?

Eine solche Versicherung sollte unproblematisch abschließbar sein, sofern es noch zu keinen sozialrechtlichen Rechtsstreitigkeiten gekommen ist.

3. Wenn ja, was ist zu beachten?

Eine Rechtsschutzversicherung, die alle Lebensbereiche abdeckt, gibt es nicht. Die Versicherung funktioniert nach einem Baukastenprinzip³⁰. Daher sollte darauf geachtet werden, dass die gewünschten Rechtsbereiche (hier z.B. Sozial- und Vertragsrecht) auch wirklich abgedeckt werden.

Des Weiteren ist zu beachten, dass eine Rechtsschutzversicherung nur für rechtliche Streitigkeiten gilt, deren Ursprung nach Abschluss der Versicherung liegt. Schließlich kann es nach Vertragsabschluss noch gewisse Wartezeiten (ca. 3 Monate) geben, während derer ein Versicherungsschutz noch nicht besteht.

Auch zu bedenken ist, dass eine Rechtsschutzversicherung von beiden Vertragspartnern bei mindestens zwei innerhalb von zwölf Monaten eingetretenen Schadensfällen in der Regel außerordentlich gekündigt werden kann. Geschieht dies durch den Versicherer, kann es sehr schwer werden, woanders eine Rechtsschutzversicherung zu erhalten. Damit der Versicherungsschutz wegen einem kleinen Schaden nicht riskiert wird, sollte man einen Tarif mit Selbstbeteiligung im Schadensfall wählen. So spart man die Prämie in diesen Fällen und riskiert nicht bei einem großen Schaden ohne Versicherungsschutz zu sein.

³⁰ <https://www.bunddersicherten.de/Rechtsschutz>

V. Versicherungen ohne Relevanz des Gesundheitszustandes

Nicht in allen Bereichen bedeuten Vorerkrankungen eine Erschwernis für den Abschluss von Versicherungen. Grundsätzlich keine Probleme mit schweren oder chronischen Erkrankungen gibt es im so genannten Sachbereich, also beim Abschluss einer **Privathaftpflicht-, Hausrat-, Wohngebäude-, Kfz-** oder z. B. **Rechtsschutzversicherung**. Denn hier ist der Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers nicht von Relevanz. Ebenso wenig beim Abschluss reiner Altersvorsorgeverträge, also **Rentenversicherungen** (auch Riester, Rürup oder Entgeltumwandlungen) ohne Todesfallleistung und ohne Einschluss von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsbausteinen. Und selbst im Bereich der Krankenversicherung gibt es Ausnahmen: Für den Abschluss einer privaten **Zahnezusatzversicherung**, die z. B. für Zahnersatz oder professionelle Zahnreinigung leistet, sind alle Erkrankungen, die nicht mit den Zähnen oder dem Zahnfleisch zu tun haben, uninteressant³¹.

³¹ <http://trotzdem-versicherbar.de/wo-der-gesundheitszustand-keine-rolle-spielt/74-f%C3%BCr-welche-versicherungen-schwere-oder-chronische-vorerkrankungen-keine-rolle-spielen.html>

C. Zusammenfassende Tipps

- Onlinevergleiche nutzen
- Falls möglich, Versicherungen frühzeitig und vor einer Diagnostizierung abschließen (warten, bis die Bestätigung da ist)
- Falls möglich, anonyme Voranfragen stellen, um einen Eintrag in die Sonderwagnisdatei der Versicherer zu vermeiden
- Sich durch einen Fachmann beraten lassen, da die einzelnen Tarife sehr unterschiedlich sind
- Höhe des Versicherungsschutzes, z.B. der monatlichen Zahlung realistisch kalkulieren
- Nicht von einem Versicherungsvertreter unter Druck setzen lassen, in Ruhe alles durchlesen, Fragen stellen, um sicherzugehen, dass alles richtig verstanden wurde und ggfls. noch eine Nacht drüber schlafen (**frühzeitig kümmern, aber nicht überstürzt handeln!**)
- Wenn möglich, einen Versicherungsvertreter aus dem Bekanntenkreis empfehlen lassen
- Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß beantworten! Es bringt nichts, wenn einen die Versicherung zwar jetzt aufnimmt, im Ernstfall aber nicht leistet → Da es für sie einen finanziellen Verlust darstellt, prüfen die Versicherungen den Eintritt eines Leistungsfalls ganz genau!
- Von Zeit zu Zeit ist zu prüfen, ob die Versicherungen noch zur Lebenssituation passen und die Leistungen beinhalten, die für einen wichtig sind oder ob sie angepasst oder gekündigt werden sollten

D. Nützliche Kontakte für weiterführende Informationen

1) Bund der Versicherten

<https://www.bunderversicherten.de/Kontakt>

2) Verband der Privaten Krankenversicherung

<https://www.pkv.de/>

^a Frau Rechtsanwältin Mirjam Mann leitet das Projekt „Selbsthilfe hilft einander“. Ihr obliegt die Anleitungspflicht gemäß § 6 Abs. 2 Rechtsdienstleistungsgesetz, wenn und soweit dieses Informationsblatt eine Rechtsdienstleistung i.S.v. § 2 Rechtsdienstleistungsgesetz darstellt.

^b Zu diesem Zeitpunkt wurden die Rahmenbedingungen und Rechtsfragen geklärt, die für die Beantwortung der Frage wichtig sind. Wenn Sie dieses Infoblatt zu einem späteren Zeitpunkt zur Klärung einer sich Ihnen stellenden Frage benutzen, müssen Sie für sich überprüfen oder von einem sachkundigen Dritten prüfen lassen, ob die Rechtslage unverändert ist und welche Regelungen auf Ihrem Fall genau anwendbar sind. Bitte bedienen Sie sich hierzu der angegebenen Quellen und den sonstig üblichen Verfahren zur Verifikation.

^c Diese Frage wurde nach besten Wissen und Gewissen beantwortet. Weder die ACHSE noch der Autor dieser Antwort übernimmt die Gewährleistung, dass diese Antwort richtig und vollständig ist.