

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z:

Allianz – Alte Oldenburger – Arag – Axa – Barmenia – Concordia – Condor – Continentale – DEVK – DKV – Gothaer – HALLESCHE – HanseMerkur – Mannheimer – Münchener Verein – Nürnberger – SDK – Signal Iduna – Württembergische

2-teilige Serie

Krankengeld und Krankentagegeld, Teil 2

Notwendige Absicherung mit Mut zur Lücke

Für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer gilt in der Regel ein Anspruch auf Lohnfortzahlung für die ersten sechs Wochen nach dem Eintritt von Arbeitsunfähigkeit und entsprechender Krankmeldung beim Arzt. Danach besteht maximal für 72 weitere Wochen Anspruch auf Krankengeld.

Autor: Sebastian Krügereit

Wiedereingliederungshilfe auf dem Vormarsch

Eine Besonderheit auf dem Feld der Arbeitsunfähigkeit bietet der Tarif TG der **DKV**. Erfahrungsgemäß kommt es immer wieder vor, dass Selbständigen etwa nach einem Bandscheibenvorfall von ihrem Orthopäden dazu geraten wird, nach erfolgreicher Behandlung zunächst nur in Teilzeit ins Arbeitsleben zurückzukehren. Normalerweise bedeutet dies wie oben beschrieben eine Leistungsfreiheit für den KT-Versicherer; nicht so bei der DKV:

„2.3 Für Arbeitnehmer gilt Folgendes: Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit, für die die DKV Deutsche Krankenversicherung AG Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt die DKV Deutsche Krankenversicherung AG die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes.

Der Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird,

längstens jedoch für 91 Tage. Der Anspruch entfällt insoweit, als das Krankentagegeld zusammen mit dem vom Arbeitgeber gezahlten Gehalt das volle Arbeitseinkommen überschreitet.

2.4 Für Selbständige gilt Folgendes: Besteht in unmittelbarem Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 12-wöchiger Dauer, für die die DKV Deutsche Krankenversicherung AG Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt die DKV Deutsche Krankenversicherung AG die Hälfte des versicherten Tagegeldes. Der



Inhalt, Teil I (kostenfrei bestellen: info@bhm-marketing.de)

- Berechnung gesetzlicher Krankengeldansprüche
- Gewinnermittlung bei Selbständigen oft strittig
- Private Tarife mit verbesserter Versicherbarkeit
- Absicherung über das Netto-Einkommen hinaus
- Einkommensermittlung bei Selbständigen
- Krankentagegeldversicherung als Summenversicherung
- Quantitative Grenzen der Leistungserbringung
- Gedehnter Leistungsfallbegriff
- Streitpunkt Berufsunfähigkeit
- Wesentliches BGH-Urteil
- Beispiel Arbeitsunfähigkeit

Anspruch besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens für 4 Wochen.“

Das Krankentagegeld erfüllt hier also gewissermaßen die Funktion einer Wiedereingliederungshilfe für den Versicherten.

Eine ähnliche Regelung sehen auch der Tarif KTS der **Alte Oldenburger** und der Tarif KT 43 der **DEVK** vor. Bei der DEVK wird im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit bei mindestens 50% fortdauernder Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum bis maximal 4 Wochen die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes als Übergangsleistung bezahlt.

Die **Mannheimer** sieht in ihrem Tarif KT 43 wie auch bei anderen Karenzzeiten nach 12 Wochen eine gestaffelte Wiedereingliederungshilfe vor: 75% in den ersten beiden Wochen und 50% in der 3. und 4. Woche (siehe § 6 Nr. 3 Mannheimer VB 2009 Krankentagegeld KT). Schließlich sieht auch die Württembergische im Tarif KTN eine Übergangslösung für Angestellte und Selbstständige vor:

*„Teilarbeitsunfähigkeit
Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen Dauer eine Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes als Übergangsgeld, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht längstens für 56 Tage. Bei Arbeitnehmern darf das Übergangsgeld zusammen mit den Entgeltzahlungen des Arbeitgebers das Nettoeinkommen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigen.“*

Eine sehr ähnliche Lösung, allerdings mit verminderter Leistungsdauer, gilt auch im Tarif ESP-VS der **Signal Iduna**:

*„3 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit (zu § 1 Abs. 3 Teil I)
Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, gewährt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes.“*

Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.“

Ebenfalls vergleichbar ist die Regelung der **HALLESCHE** in § 1 Nr. 2 TB/KT, wengleich die Leistungsvoraussetzungen und die Leistungsdauer abweichend definiert sind:

*„2 In Erweiterung von § 1 (3) MB/KT 2009 leistet der Versicherer auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu 8 Wochen.
Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht. Eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben liegt vor,
□ wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 (3) MB/KT 2009 von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und
□ solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50%, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet.“*

Eine Wiedereingliederungshilfe sehen auch die Gruppenversicherungsverträge der Allianz für Ärzte vor. Voraussetzung ist eine Wiedereingliederung im Anschluss an eine mindestens sechswöchige Arbeitsunfähigkeit. Eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit muss noch mindestens 50% betragen. Die Zahlung erfolgt in diesem Zusammenhang anteilig zur verbleibenden Arbeitsunfähigkeit, höchstens jedoch für einen Zeitraum von drei Monaten (siehe z.B. Ziffer 2.2.3 Nr. 2 der Tarifbedingungen zum Tarif 6009). Eine ähnliche Regelung gibt es auch bei der **DKV** in § 6 Abs. 3 AVB-G:

„Nehmen Arbeitnehmer nach vollständiger Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 3) ihre berufliche Tätigkeit mit ärztlicher Zustimmung stufenweise auf, wird das Krankentagegeld für die Dauer der teilweisen Arbeitsunfähigkeit unter Abzug des wäh-

rend dieser Zeit erzielten Nettoeinkommens gezahlt, im Versicherungsfall jedoch längstens für 182 Tage.“

Heilbehandlung statt Leistungspflicht als Beginn

Schwierig wird es generell auch bei der Feststellung des Beginns einer Arbeitsunfähigkeit. Gerade Selbständige arbeiten oft so lange wie es eben noch geht und lassen sich im Zweifel lieber gar nicht krankschreiben. Wer sich jedoch bei jedem Wehwehchen auf Verdacht krankschreiben lässt, riskiert damit je nach Berufs- und Krankheitsbild, dass er bei einem Unfall mit seinem Kfz für den Kaskoschutz die Einrede grober Fahrlässigkeit wegen Fahrens trotz Arbeitsunfähigkeit riskiert.

Da es sich bei der Arbeitsunfähigkeit um einen „gedehnten Leistungsfall“ handelt, muss der Beginn des Versicherungsfalles nicht gleichbedeutend mit dem Beginn der Leistungspflicht sein. Beginn ist vielmehr die erste im kausalen Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung mit Bezug auf Krankheit oder Unfallfolgen, auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch keine ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ist. Bestimmte chronische Grundleiden können trotz unzusammenhängender Behandlung einen durchgehenden Leistungsfall begründen. Dies trifft etwa auf die Dialysebehandlung eines unter Niereninsuffizienz Erkrankten zu, auch wenn die eigentliche Arbeitsunfähigkeit immer nur an einzelnen Tagen besteht (OLG Köln Urteil vom 25.01.1990 – 5 U 179/89 – VersR 1990, 963).

Obliegenheiten sehr einheitlich

Üblich im Rahmen von Krankentagegeldtarifen sind die folgenden Obliegenheiten gemäß Empfehlung des PKV-Verbandes wie sie sich sinngemäß auch in den meisten Bedingungswerken mit nur geringen Abweichungen finden:

- Unverzögliche Meldung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens innerhalb der tariflich festgelegten Frist, d.h. bis zum Ende der Karenzzeit von z.B. 42 Tagen unter Mitteilung des konkreten ärztlichen Befundes.

- Meldung des Endes einer Arbeitsunfähigkeit binnen von 3 Tagen
- Umfassende Auskunftserteilung an den Versicherer oder von diesem bevollmächtigte Personen, soweit dies zur Klärung des Leistungsfalles nötig ist. Dazu gehört auch der Nachweis des Fortdauerns einer Arbeitsunfähigkeit. Bei der Gothaer (Tarifbedingungen § 9 Nr. 1.1 Teil II der Tarifbedingungen) und der Nürnberger (§ 9 Teil II der Tarifbedingungen der Krankentagegeld-Versicherung für Arbeitnehmer und Selbstständige) ist dieser Nachweis grundsätzlich alle 2 Wochen neu beizubringen, sofern mit dem Versicherer keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde.
- Pflicht der versicherten Person, sich durch einen vom Versicherer benannten Arzt untersuchen zu lassen (soll u.a. Gefälligkeitskrankschreibungen durch dem Versicherten langjährig bekannte Ärzte auf den Prüfstand stellen; außerdem scheidet durch diese Regelung die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch Heilpraktiker und andere Heilbehandler aus). Gemäß § 4 Abs. 7 werden nur AU-Bescheinigungen anerkannt, die von Ärzten ausgestellt sind.
- Anweisungen des Arztes ist zu folgen und einer Verschlimmerung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Schadenminderungspflicht entgegenzuwirken
- Unverzügliche Mitteilung jedes Berufswechsels
- Unverzügliche Meldung über Berufsunfähigkeit
- Abschluss oder Erhöhung eines (weiteren) Krankentagegeldes nur nach Einwilligung des Versicherers

Abweichend zu diesen allgemeinen Obliegenheiten sieht die Mannheimer in ihren Bedingungen keine Pflicht vor, sich durch einen vom Versicherer benannten Arzt untersuchen zu lassen. Nach § 5 Nr. 1 wird lediglich darauf abgestellt, dass „Arbeitsunfähigkeit medizinisch festgestellt wird.“ Auch fehlt beim Tarif VB 2009 Krankentagegeld KT (Stand: 01.01.2009) ein Hinweis auf zu befolgende Anordnungen des Arztes. Dies ändert aber nichts an der gesetzlichen Schadenminderungspflicht, die grundsätzlich jeder Versicherungsnehmer zu erfüllen hat.

Bei der **Gothaer** kann vom Versicherer zusätzlich vor Auszahlung der Versiche-

rungsleistung ein Einkommensnachweis eingefordert werden (§ 9 Nr. 2.1 Teil II Tarifbedingungen). Dies resultiert aus der Obliegenheit, die Versicherte nach Verbandsempfehlung haben, den Versicherer über eine nicht unwesentliche Reduzierung ihres Nettoeinkommens zu informieren. Allerdings ist rechtlich eine rückwirkende Herabsetzung grundsätzlich ausgeschlossen, es sei denn es wurden schuldhaft falsche Angaben zur Höhe des Einkommens im Antrag oder auf Nachfrage gemacht. Dafür verzichtet die Gothaer in § 9 (1) auf eine Mitteilung des konkreten ärztlichen Befundes und verlangt lediglich einen Nachweis über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit.

Problemstellung Condor

Als derzeit einziger Versicherer sieht die Condor auch dann einen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen vor, wenn eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit noch nicht sicher festgestellt werden kann, der Zeitraum einer Arbeitsunfähigkeit aber mindestens sechs Monate am Stück andauert hat (§ 1 Nr. 7 bzw. § 2 Nr. 8 BUZ-Comfort, Stand 07.2011):

„Arbeitsunfähigkeit: Wir leisten auch – gegebenenfalls nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, siehe unten Absatz 10 –, wenn eine Berufsunfähigkeit ärztlich noch nicht festgestellt werden kann und zunächst nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vorliegt, die mindestens 6 Monate andauert (vergleiche § 2 Absatz 8)“

„Arbeitsunfähigkeit (8) Wir leisten auch – gegebenenfalls nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, siehe §1 Absatz 10 – rückwirkend von Beginn einer Arbeitsunfähigkeit an, wenn die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich mindestens 6 Monate andauert (vergleiche § 1 Absatz 7). Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person auf Grund von Krankheit, die ärztlich nachzuweisen ist, Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr ausführen kann. Vorübergehende Arbeitsversuche zur Erprobung der möglicherweise wieder erlangten Arbeitsfähigkeit stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, sofern diese einen Arbeitsversuch im Sinne des § 74 SGB V (Stufenweise Wiedereingliederung mit Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) darstellen.“

Ein Anspruch auf die vereinbarten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit besteht auch dann, wenn eine Berufsunfähigkeit endgültig nicht festgestellt werden kann. Die vereinbarte Leistung wird dann solange erbracht, wie die Arbeitsunfähigkeit vorliegt (vergleiche § 7 Absatz 4). Erkennen wir unsere Leistungspflicht aufgrund vorliegender Berufsunfähigkeit an, so endet die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und die vereinbarten Leistungen werden aufgrund der bestehenden Berufsunfähigkeit fortgesetzt.“

Damit bestehen hier ggf. Leistungen analog zu einem Krankentagegeld, die vorsichtshalber als sonstiges „Krankentagegeld“ zumindest benannt werden sollten. Streng genommen, handelt es sich natürlich um eine gänzlich andere Versicherungssparte, allerdings erfolgen die Leistungen gemäß § 2 Nr. 8 ja auch dann, wenn abschließend keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit festgestellt werden kann.

Leistungsdauer

Wie beschrieben wird Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber höchstens für einen Zeitraum von 78 Wochen gezahlt. An dieser Stelle gibt es einen nicht unwesentlichen Vorteil vieler Krankentagegeldtarife.

Beispielsweise leisten die Tarife T und TM der Barmenia, KTS der Alte Oldenburger, KT der HALLESCHE, KT der Mannheimer, TA der Nürnberger für Arbeitnehmer sowie EKTG und ESP der Signal Iduna ausdrücklich ohne zeitliche Begrenzung. Gleiches gilt – wenn auch nicht so deutlich herausgestellt – für die Tarife von beispielsweise Allianz, Axa oder Gothaer.

Die MB /KT 2009 des PKV-Verbandes sehen an dieser Stelle zwar keine konkrete Einschränkung, jedoch zumindest keine Klarstellung vor. Definitionsgemäß endet der Anspruch auf Krankentagegeld bei allen Versicherern, wenn bedingungsgemäß nicht mehr von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, sondern einer dauerhaften Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit auszugehen ist.

Kindergeld

Eine Besonderheit der Signal Iduna in ihrem Tarif ESP-VA für Arbeitnehmer mit einer KV-Vollversicherung beim Unternehmen ist ein Krankentagegeld bei Erkrankung des Kindes. Nach Teil III B Nr. 4 ESP-VA gilt:

„Es besteht ein Anspruch auf Krankentagegeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass die versicherte Person zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres nach Versicherungsbeginn erkrankten und beim Versicherer privat krankheitskostenvollversicherten Kindes der Arbeit fernbleibt, eine andere in Ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, jedoch für nicht mehr als insgesamt 25 Arbeitstage.

Die zeitliche Begrenzung verlängert sich einmalig auf 100 Arbeitstage, wenn das Kind nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

- a) bei der eine Heilung ausgeschlossen, diese austherapiert ist und*
- b) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.*

Der Anspruch auf Krankentagegeld bei Erkrankung des Kindes entfällt, wenn gegen den Arbeitnehmer ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht. Arbeitnehmer haben einen Nachweis ihres Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung vorzulegen.“

Die Signal Iduna springt mit ihrer Regelung in die Bresche, die bei gesetzlich versicherten Personen die Haushaltshilfeleistung im Rahmen der GKV übernimmt.

Ortsklausel soll vor Missbrauch schützen

Örtlich ist der Geltungsbereich eines Krankentagegeldes nach den Musterbedingungen des PKV-Verbandes auf Deutschland eingeschränkt. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt wird für akut im europäischen Ausland auftre-

tende Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gilt analoges, darüber hinaus besteht jedoch ohne ausdrückliche Vereinbarung kein Versicherungsschutz.

Analoge Regelungen gelten beispielhaft auch für die Krankentagegeldtarife der Alten Oldenburger, Continentale, DKV, Gothaer, Nürnberger oder SIGNAL.

Abweichend gilt bei der Mannheimer im Tarif KT nach § 4 der Tarifbedingungen der automatische Versicherungsschutz innerhalb Europas und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR). Damit besteht beispielsweise kein automatischer Versicherungsschutz in der Schweiz, die eindeutig unter den Europabegriff des GDV fallen würde. Hiermit liegt bei der Mannheimer eine diesbezügliche Schlechterstellung gegenüber den MB / KT 2009 vor. Für Aufenthalte außerhalb des EWR können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Abweichend besteht bei der Barmenia auch für akute Erkrankungen oder Unfälle während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland Anspruch auf Krankentagegeld während einer notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus und unter bestimmten Voraussetzungen sogar darüber hinaus für Arbeitsunfähigkeit auf Grund einer ambulanten Heilbehandlung:

„§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

7. Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

7.1 Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

wird auch ohne besondere Vereinbarung für dort akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.“

*„4.1 Der Versicherungsschutz
4.10 Zu § 1 (6) MB/KT 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland wird auch ohne besondere Vereinbarung für dort akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, bei einer versicherten Tarifstufe mit längerer Karenzzeit entsprechend später, bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:*

a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus.

Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung der Tarif WS für die Dauer des vorübergehenden Auslandsaufenthalts vereinbart wird.

b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt.“

Im Tarif ESP der Signal Iduna findet sich ebenfalls eine wichtige Besserstellung:

*„2 Geltungsbereich (zu § 1 Teil I und II)
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland gemäß § 1 Abs. 7 Teil I wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn und solange die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann. Ein ärztlicher Nachweis der Transportunfähigkeit ist zu erbringen.“*

Bei der HALLESCHE ist auch die Schweiz den Staaten des Europäischen Abkommens gleichgestellt. Außerdem verpflichtet sich der Anbieter bei einer nicht nur vorübergehenden Verlegung des ge-

wöhnlichen Wohnsitzes in die benannten Staaten bei einer Meldung binnen von sechs Monaten eine Fortsetzung des Vertragsverhältnisses oder wahlweise eine Anwartschaftsversicherung zu treffen. Auch die Signal Iduna setzt die Schweiz in ihrem Tarif ESP den benannten Staaten ausdrücklich gleich.

Einschränkungen zum Schutz der Gemeinschaft

Kein Versicherungsschutz funktioniert ohne Ausschlüsse. Damit soll neben einer Kalkulierbarkeit der Ausgaben vor allem eine langfristige Prämienstabilität gewährleistet werden. Dennoch macht es Sinn, nach Angeboten zu suchen, die wenigstens teilweise auf Ausschlüsse verzichten und so den vereinbarten Versicherungsschutz zumindest teilweise aufzuwerten.

Nach § 5 der Musterbedingungen des PKV-Verbandes gelten für die Krankentagegeldversicherung folgende Ausschlussbestimmungen:

- 1) Arbeitsunfähigkeit wegen solcher Krankheiten und ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz aufgenommen sind
- 2) Wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
- 3) Wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind
- 4) Ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung
- 5) Während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den Ereignissen aus Nr. 4) steht.
- 6) Wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei

denn, dass sie sich – unbeschadet von Ausschluss 8 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9 MB/KT 2009). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

- 7) Während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht
- 8) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausgeschlossen ist

Versicherungswirtschaft bessert nach

Die Signal Iduna weicht gleich in mehreren Punkten zum Kundenvorteil von den gängigen Ausschlüssen ab:

Zu 1) wird klar gestellt, dass terroristische Anschläge und deren Folgen nicht als Kriegereignisse im Sinne der Bedingungen zählen. Die Einschränkung nach 3) entfällt ersatzlos. Abweichend zu 4) besteht Versicherungsschutz auch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz, allerdings mit einer Wartezeit von acht Monaten ab Vertragsbeginn. 6) gilt dann nicht als Ausschlussgrund, wenn und soweit der Versicherer die Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat. Entsprechend 7) kann ein Versicherer hier etwas Anderes vorsehen. Bei der Signal ist dies der Fall. Es wird demnach im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit unter den beschriebenen Voraussetzungen das Krankentagegeld gezahlt, sofern dies gegenüber dem Versicherer auf Basis eines ausführlich begründeten ärztlichen Attests begründet

werden kann. Eine vorherige schriftliche Einwilligung des Versicherers ist nicht erforderlich. Ziffer 8) ist zum Kundenvorteil ersatzlos gestrichen.

Auch bei der HALLESCHE ist Ausschluss 1 deutlich weniger restriktiv als vom Verband empfohlen. Siehe hierzu § 5 Nr. 1 TB/KT der HALLESCHE:

„1 Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)a MB/KT 2009 gilt nicht für Kriegereignisse im Ausland, wenn a) für das Aufenthaltsland keine Reiseverwarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder b) eine Reiseverwarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Landes gehindert wird. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 (1)a MB/KT 2009.“

Ebenfalls abweichende Besserstellungen zu den genannten Ausschlüssen sieht etwa die Gothaer in ihrem Tarif TG vor. Hier fehlen die Ausschlüsse 3 und 4. Auch Punkt 7 wurde zu Gunsten der Versicherten verbessert:

„Abweichend [...] wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.“

Auch bei der HALLESCHE finden sich exemplarisch diverse Besserstellungen für Versicherte. So fehlt nicht nur die Alkoholklausel (Ausschluss 3), sondern es wird abweichend auch für eine erstmalige stationäre Entziehungsmaßnahme geleistet, sofern der Versicherer diese vor Antritt schriftlich bewilligt hat und ausreichende Erfolgsaussichten sieht. Zudem ist in diesem Zusammenhang die Höhe des versicherten Krankentagegeldes auf 80 % der Nettoeinkünfte einschließlich sonstiger Krankentagegelder beschränkt. Ausschluss 4 (Schwangerschaftsklausel) findet nur Anwendung während des Mutter-

schutzes und wird analog auch für selbstständig Tätige angewandt. Eine Schwangerschaft ist halt keine Krankheit im Sinne der Bedingungen. Bei der Signal gilt im Zusammenhang zu Ausschluss 4 abweichend folgende Regelung:

„Abweichend von § 5 Abs. 1 d) Teil I besteht bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige. Für diese Leistungszusage gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Der Tarif kann eine andere Regelung vorsehen.“ (§ 5 Teil II Nr. 3 MB/KT 2009)

Die Ausschlüsse 6) und 8) gelten bei der HALLESCHE dann nicht, wenn der Versicherer vor Beginn des Auslandsaufenthaltes Leistungen schriftlich zugesagt hat. Analog zur Gothaer gibt es auch bei der HALLESCHE nach § 5 Nr. 6 MB/KT 2009 eine verbesserte Kurklausel:

„Die Leistungseinschränkung [...] gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmitelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers. Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld und Übergangsgeld werden auf das Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem Krankentagegeld das Nettoeinkommen [...] übersteigen.“

Bei der Barmenia wird in den TB/KT 12 Ausschluss 2 noch dahingehend präzisiert, dass auch „Maßnahmen zur Entwöhnung“ als Entziehungskuren gelten. Für die Klauseln 3 und 4 gilt das bei der HALLESCHE Gesagte, während Ausschluss 7 (Kurklausel) dann keine Anwendung findet, sofern Arbeitsunfähigkeit mindestens 14 Tage vor der Kur-

oder Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme bestand. Dabei werden etwaige Zahlungen eines Rehabilitationsträgers zum Ausgleich von Einkommensverlust auf das versicherte Krankentagegeld mit angerechnet. Ausschluss 8 entfällt vollständig.

Die DKV verzichtet auf die Einschränkungen 3 und 8, bei 2 ist nach vorheriger schriftlicher Zusage die erste Entziehungsmaßnahme mitversichert, während bei 7 während einer Rehamaßnahme gleichfalls geleistet würde. Eine weitere Besonderheit liegt nach § 4 Abs. 5.1 darin, dass auch nicht niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte gewählt werden dürfen, sofern diese ihre Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen Versorgungszentrum oder einer ärztlich eingerichteten Einrichtung erbringen und diese Leistungen entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen. Interessant ist auch der Tarif TF der Nürnberger, ein Gruppentarif für Freiberufler. Der Tarif zahlt auch bei Kur- und Sanatoriumsaufenthalt, wenn ein Krankenhausaufenthalt von mindestens 28 Tagen vorangegangen ist und seitdem bis zum Antritt der Anschlussheilbehandlung nicht mehr als 4 Wochen vergangen sind.

„Gemischte Anstalten“ führen oft zu Streit

Sehr häufiger Streitpunkt sind die so genannten „gemischten Anstalten“, die nicht dem Versicherungsumfang nach § 4 Abs. 9 MB / KT entsprechen. Hier heißt es nämlich:

„Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.“

Regelmäßig kommt es auf Grundlage dieser Ausschlussbestimmung zu Un-

Und plötzlich sind andere Vorsorgemodelle Vergangenheit



2012 – der Generationswechsel der Vorsorgemodelle

Garantiezinssenkung war gestern: FRIENDS begegnet den Herausforderungen der heutigen Altersvorsorge mit Lösungen von morgen. Die Zukunft vereint 100%ige Beitragsgarantie mit echten Renditechancen und bietet gleichzeitig mehr Transparenz und Fairness für Ihre Kunden. Mit den fortschrittlichen Vorsorgelösungen von FRIENDS können Sie vertrauensvoll in die Zukunft schauen. So geht Vorsorge heute.

Friends Provident International ist ein Handelsname, unter dem die Friends Life Limited außerhalb des Vereinigten Königreichs tätig ist. Vertriebservice in Deutschland durch fpb AG –financial partners business. Website: www.fpbag.de Email: info@fpbag.de



So geht Vorsorge heute

stimmigkeiten mit dem Versicherer, ob ein bestimmtes Krankenhaus nun unter den Leistungsumfang falle oder eine ausgeschlossene „gemischte Anstalt“ sei, also auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen erbringt. Hier empfiehlt sich dringend eine vorherige schriftliche Rücksprache mit dem Versicherer und am besten auch mit dem Krankenhaus, um diese Streitigkeiten im Vorfeld zu umgehen. Krankenhäuser wissen oft sehr genau, welche Versicherer sie als „gemischte Anstalt“ betrachten und Versicherer entsprechend wie etwaige Prozesse ausgegangen sind.¹ Zusätzlich sollte mit Arzt und Versicherer geprüft werden, ob eine Einweisung in ein solches Institut dem Erfordernis der medizinischen Notwendigkeit entspricht, da es auch hier regelmäßig zu Streitigkeiten komme. Dabei ist stets auf die konkrete Annahme der medizinischen Vertretbarkeit im konkreten Einzelfall und nicht auf Vergleichsfälle aus der Rechtsprechung zu verweisen.² Schubach sieht grundsätzlich den Leistungsausschluss für Behandlungen in gemischten Anstalten ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Krankentagegeldversicherers als rechtlich unwirksam an.³

Positiv ist hier, dass es Versicherer wie z.B. die Signal Iduna gibt, die nach § 4 Abs. 9 der Bedingungen die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage gewähren, wengleich ein ausführlicher ärztlicher Attest als Begründung für die Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen ist.

Auch die HALLESCHE sieht an dieser Stelle mit § 4 Nr. 4 der TB/KT eine Besterstellung für ihre Versicherten vor:

„Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (9) MB/KT 2009 ist nicht erforderlich, a) wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder b) für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem ge-

setzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde.“

Erwähnenswert ist auch § 1 (2) der Verbandsempfehlung, wo es wie folgt heißt:

„(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.“

Konkret bedeutet dies, dass eine erneute Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund den Versicherer ohne Anrechnung einer neuen Karenzzeit zur Leistung verpflichtet. Fehlt es an einem kausalen Zusammenhang zwischen erster und zweiter Arbeitsunfähigkeit, so liegt ein neuer Versicherungsfall mit neuer Karenzzeit vor. Dies gilt auch für Dauerleiden wie Rückenbeschwerden als Folge eines Bandscheibenvorfalles, selbst dann, wenn das eigentliche Grundleiden durchgehende Behandlungsbedürftigkeit besteht.

Auf eine erneute Karenzzeit bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit aus dem selben Grund verzichten unter bestimmten Voraussetzungen beispielsweise Arag, Barmenia, Continentale, Gothaer, HALLESCHE, Nürnberger, SDK und SIGNAL. Konkret heißt es hierzu exemplarisch bei der Nürnberger wie folgt:

„Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.“ (§ 4 Teil II Nr. 1 MB/KT 2009)

Wartezeiten teilweise erlassen

Zu einer umfassenden Beratung zum Thema Krankentagegeld zählt auch der Hinweis auf die in diesem Zusammenhang üblichen Wartezeiten von 3 (allgemein) bzw. 8 Monaten (Psychotherapie, Zahnersatz, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie), die nach § 3 (2) der MB/KT 2009 nur bei Unfall entfallen (gilt nur für die allgemeine Wartezeit). Erhöht sich während der Vertragslaufzeit der versicherte Tagessatz, so gelten für den zukommenden Anteil anteilig die genannten Wartezeiten. Im Rahmen der Verbandsempfehlung werden unmittelbar vorhergehende Versicherungszeiten eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers bis in Höhe des Krankengeldanspruches in der GKV auf die Wartezeiten angerechnet. Der Versicherungsschutz muss dafür spätestens zwei Monate nach dem Ausscheiden aus der GKV beantragt werden und nahtlos an den neuen Vertrag anschließen. Möchte ein Versicherungsnehmer ein höheres KT abschließen, so gelten für die Mehrleistungen die üblichen Wartezeiten. Analoges gilt für das Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf freie Heilfürsorge.

Einige Versicherer (z.B. Alte Oldenburger, Barmenia, DKV, HALLESCHE) verzichten dann auf die Anrechnung von Wartezeiten, wenn die Versicherung mit einer ärztlichen Untersuchung beantragt und abgeschlossen wurde. Unter anderem verzichten Alte Oldenburger, Gothaer, HALLESCHE und Signal Iduna auf die Anrechnung einer Wartezeit, wenn der Versicherungsschutz zusammen mit einer Krankenvollversicherung für den ambulanten und stationären Bereich beantragt wird, bei der Gothaer gilt dies ausdrücklich auch für ein über dem vorherigen GKV-Niveau liegendes KT und selbst dann, wenn bei der GKV zuvor kein

KT versichert war. Bei der Gothaer gilt der Verzicht auf eine Anrechnung der Wartezeit nur dann, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand auf einem vorgeschriebenen Formblatt vorgelegt hat. Diese Regelung gilt auch im Zusammenhang mit einer selbständigen Krankentagegeldversicherung. Die Mannheimer verzichtet sogar vollständig auf etwaige Wartezeiten.

Im Umkehrschluss bedeutet das Gesagte, dass für eine zusätzlich abgeschlossene Krankentagegeldversicherung als Ergänzung zu einer gesetzlichen Krankenversicherung ein Verzicht auf die Wartezeiten mit wenigen Ausnahmen meist nicht möglich ist. Die tarifliche Leistung für während der Wartezeiten auftretende Erkrankungen setzt nach § 2 MB / KT 2009 erst dann ein, wenn diese nach Ablauf derselben noch immer ununterbrochen vorliegen.

Wer sich demnach für einen Wechsel seines Krankentagegeldvertrages entscheidet, muss demnach in vielen Fällen erneute Wartezeiten von bis zu 8 Monaten in Kauf nehmen.

Meist nur unvollständiger Kündigungsverzicht

Wird eine Krankentagegeldversicherung nicht als Zusatzbaustein zu einer Krankenvollversicherung abgeschlossen, so besteht nach § 14 (1); 3 der Musterbedingungen (MB / KT) ein ordentliches Kündigungsrecht des Versicherers während der ersten drei Jahre. Dabei ist eine Frist von drei Monaten einzuhalten. Das ordentliche Kündigungsrecht entfällt für den Versicherer, wenn ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht und kann auch nur auf Teile des Vertrages, einzelne Personen oder Erhöhungen des Tagessatzes beschränkt werden.

Nicht selten machen private Krankenversicherer laut Aussage eines Wettbewerbers von ihrem Recht auf ordentliche Kündigung gebrauch, wenn sich innerhalb der ersten drei Jahre ein erhöhter Leistungsbedarf abzeichnet, sei es weil es zu einer bekanntermaßen chronischen Erkrankung kommt, sei es weil eine Wiederholung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund der selben oder einer ähnlichen

Erkrankung wahrscheinlich erscheint.

Viele Versicherer sehen hier zumindest für Tagegelder, die eine gesetzliche Absicherung ersetzen sollen, einen Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht vor. Anwendung auf reine Krankentagegeldzusatzversicherungen finden solche Regelungen üblicherweise nicht. Immerhin beschränkt etwa die Barmenia in § 14 Nr. 1.1 und 1.2 ihr ordentliches Kündigungsrecht auf zwei Jahre und verzichtet im Zusammenhang mit Erhöhungen des Tagessatzes ganz darauf. Tatsächlich vollständig auf ihr Kündigungsrecht verzichtet die Signal Iduna in ihrem Tarif ESP-VS für Selbstständige. Die HALLESCHE verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in allen Krankentagegeldtarifen gemäß § 14 Nr. 1 TB/KT.

Neben dem ordentlichen Kündigungsrecht besitzen Krankentagegeldversicherer auch noch das außerordentliche Kündigungsrecht nach Ablauf der ersten 3 Jahre, auch wenn dieses bedingungsseitig nicht näher definiert wird. Ein Verzicht auf dieses ist soweit bekannt branchenweit nicht vorgesehen. Unter dem außerordentlichen Kündigungsrecht zu verstehen ist die Kündigung nach § 38 VVG wegen Prämienverzug – eine einschlägige Abmahnung vorausgesetzt –, wobei bei einer damit verbundenen Kündigung mitversicherter Personen auch deren Kenntnis mitberücksichtigt werden sollte. Zur Anwendung kommen kann das außerordentliche Kündigungsrecht auch im Falle einer vorvertraglichen Obliegenheitsverletzung nach § 19 Satz 1 und 2 VVG. Ein weiterer Kündigungsgrund kann im gleichzeitigen Abschluss noch weiterer Krankentagegeld- oder Krankheitskostenversicherungen bestehen, da hier die Gefahr einer Umgehung des gesetzlichen Bereicherungsverbotes bestehen könnte.

Versicherungsnehmer dürfen Krankentagegeldtarife grundsätzlich zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen, bei einer Prämienhöhung gilt abweichend ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist von nur einem Monat. Dabei können sie statt des Gesamtvertrages auch einzelne Tagegelder oder Personen löschen. Ein Sonderkündigungsrecht besteht auch bei Zwangsmitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung mit Krankentagegeldanspruch, ist aber zeitlich auf 3 Monate nach Eintritt der Versicherungspflicht beschränkt. Weitere

Besonderheiten im Zusammenhang mit den Kündigungsrechten des Versicherungsnehmers regelt § 13 der Musterbedingungen. Zu beachten ist, dass je nach Versicherer das Versicherungsjahr mit dem tatsächlichen Vertragsbeginn oder aber mit dem Kalenderjahr zusammenfällt.

Während Anspruch auf eine ungekürzte Regelaltersrente offiziell für eine immer größere Zahl von Arbeitnehmern erst mit 67 besteht, sieht § 15 c ein automatisches Vertragsende mit Erreichen der Regelaltersrente, spätestens mit dem vollendeten 65. Lebensjahres vor. Ausnahmsweise berechtigt § 196 VVG zu einer Fortführung des Vertragsverhältnisses über das vollendete 65. Lebensjahr hinaus bis spätestens zum vollendeten 70. Lebensjahr. Dies ist entscheidend, da die Verlängerung des Zeitpunktes bis zum Beginn der Regelaltersrente eine durch gesetzliche Änderungen bedingte Verschlechterung der Rechtslage für Personen bedeutet, die mit 65 Jahren noch nicht in Rente gehen (können).⁴

Beratungs-Tipp

Prüfen Sie beim Ausfüllen von Krankenversicherungsanträgen, ob Ihr Kunde neben der angegebenen Tätigkeit noch eine andere Tätigkeit ausübt. Es ist durchaus möglich, dass ein Kunde sowohl angestellt als auch selbständig oder selbständig und freiberuflich zugleich tätig ist. Laut Wikipedia kann ein Selbständiger sowohl Freiberufler als auch Gewerbetreibender sein⁵, wenn gleich steuerrechtlich durchaus Unterscheidungen zu beachten sind. Die dem Autor bekannten Versicherer bieten in ihrer Software keine diesbezügliche Eingabe an. Eine Festlegung auf nur eine dieser Tätigkeiten könnte im Leistungsfall jedoch zu Streitigkeiten mit dem Anbieter führen. So erfolgt etwa bei der Allianz verständlicherweise die Einkommensberechnung bei Freiberuflern nach dem Umsatz und nicht wie bei selbständig Gewerbetreibenden nach dem Gewinn. Die HALLESCHE macht auch bei der Tarifierung klare Unterschiede zwischen Freiberuflern und Selbständigen. So bestehen für Freiberufler die deutlich günstigeren Tarifstufen FKT8, FKT15, FKT22 und FKT29. Auffällig sind die deutlich geringeren Grundkopfschäden dieser Berufsgruppe. Für Selbständige gibt es die Tarifstufen KT8, KT15, KT22, KT29. Angestellte werden in den Tarif-

stufen KT43, KT64, KT85, KT92, KT106, KT127, KT183, KT274 und KT365 versichert. Wünschen Freiberufler und Selbstständige längere Karenzzeiten, werden auch sie in diesen Tarifen versichert.

Es ist nicht selbstverständlich, wenn Versicherer wie die Concordia oder die HALLESCHER (jeweils Tarif KT) keine Unterscheidung zwischen Selbstständigen und Freiberuflern machen. Positiv ist es allerdings, wenn die Concordia zumindest ausdrücklich beide Begrifflichkeiten anspricht und damit mögliche Missverständnisse gleich im Vorfeld ausschließt.

Eine Besonderheit bietet die DKV, die in allen Selbstständigentarifen (TG 07, TG 014, TG 021, TG 028 und TG 042 bzw. FT 01, FT 02, FT 03, FT 04 und FT 06) bei medizinisch notwendigem stationärem Aufenthalt ab dem 1. Tag bezahlt und damit ein ergänzendes Krankenhaustagegeld verzichtbar macht.

Wer vom Selbständigen- in den Angestelltenstatus wechselt, verliert nach Treu und Glauben nicht automatisch seinen Anspruch auf Weiterversicherung von Krankentagegeld. Dies gilt nicht für Beamte, die keinen Einkommensverlust durch Arbeitsunfähigkeit realisieren. Eine Mitteilung an den Versicherer ist in beiden Fällen verpflichtend.

Da für Krankenversicherer bereits geringfügige Erkrankungen als gefahrerheblich angesehen werden, können sie doch zu einem Untersuchungs- oder Behandlungsbedarf führen, ist es dringend anzuraten, vollständige Krankenakten von allen behandelnden Ärzten und Heilbehndlern anzufordern und diese Inhalte im Rahmen der Gesundheitsprüfung entsprechend vollständig mitzuteilen. Selbst scheinbare Bagatellerkrankungen können sonst im Extremfall ein Kündigungsrecht wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung begründen.

Sehr oft kommt es vor, dass Ärzte ihren Kunden die Herausgabe von Krankenakten verweigern und darauf verweisen, dass diese doch vom Versicherer anzufordern seine. Dies ist problematisch, da Antragssteller damit keine Möglichkeit haben, die angeforderten Daten auf Korrektheit zu überprüfen. Hinzu kommt, dass es leicht passieren kann, dass Antragssteller wesentliche Daten zur Krankengeschichte vergessen oder verdrängt haben. Vor diesem Hintergrund sollten Kunden auf ihr Recht auf Herausgabe der Krankenakten pochen. Bei-

spielsweise findet sich dieses Recht begründet in der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen vom 22.03.2005, zuletzt geändert am 03.12.2008, in § 10, Abs. 2: „Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.“⁶

Krankentagegeld ohne Gesundheitsprüfung

Abschließend ist an dieser Stelle noch auf den Tarif KTS der HanseMercur hingewiesen, der nach Kenntnis des Autors als einziger verbliebener Tarif ein Krankentagegeld ohne Gesundheitsprüfung für gesetzliche krankenversicherte Arbeitnehmer bis zum maximalen Endalter 50 Jahre ermöglicht.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten Erkrankungen oder Unfallfolgen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.

Der Vertrag bleibt allerdings auch für Personen erhalten, die älter als 50 Jahre sind, sofern der Vertrag vorher begonnen hat. Sollten Ihr Kunde schon mal von der HanseMercur in irgendeinem Tarif oder von irgendeinem Krankentagegeldversicherer abgelehnt worden sein, so ist ggf. kein Abschluss mehr möglich. Versicherbar ist maximal ein Tagessatz von 20 Euro, allerdings muss eine Angemessenheit zum Einkommen bestehen.

Im Vergleich zu anderen Krankentagegeldtarifen mit umfassender Risikoprüfung ist der KTS vergleichsweise teuer.

Aufgabenstellungen an die Versicherungsbranche

- Realitätsnahe Definition der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung einer Restarbeitsfähigkeit bei Selbstständigen und Angestellten

- Realitätsnahe Definition von Gewinn eines Selbstständigen / Freiberuflers und bedingungsseitige Regelung über ein versicherbares Mindesteinkommen bei Existenzgründern ohne konkreten Nachweis
- Verzicht auf die Ausschlussklausel „gemischte Anstalten“
- Automatische Umstellung von Bestandsverträgen auf diese Definitionen
- Rechtzeitig zu Ende Dezember 2012 Umstellung auf Unisextarife im Neugeschäft

Problematik: vorhandene Restarbeitsfähigkeit und laufende Kosten

Ein grundsätzliches Problem im Zusammenhang mit der Versicherung von Krankentagegeld besteht darin, dass der Anspruch auf Krankentagegeld bereits dann erlischt, wenn eine Restarbeitsfähigkeit vorhanden ist. Außerdem sichert eine Krankentagegeldversicherung zwar einen Nettoverdienstaufschlag, nicht jedoch die weiter laufenden Kosten eines Selbstständigen ab, so dass eine optimale Lückenschließung damit nicht möglich sein dürfte.

Eine Möglichkeit, einer umfassenderen Absicherung dieser Versorgungslücke bietet eine EBU (= Existenz-Betriebsunterbrechungsversicherung), die allerdings nur von wenigen Anbietern (z.B. Axa unter dem Namen Praxis-Ausfallversicherung, Nürnberger) und auch nur für ausgewählte Berufe angeboten wird. Aus Gründen des Umfangs kann an dieser Stelle nicht ausführlicher auf dieses Thema eingegangen werden.

¹ Siehe Arno Schubach: „§ 23 Krankenversicherung“ in: Michael Terbille (Hg.): „Münchener Anwalts Handbuch Versicherungsrecht.“ (2008), S. 1274

² Siehe dto. auch S. 1276

³ Arno Schubach: „§ 23 Krankenversicherung“ in: Michael Terbille (Hg.): „Münchener Anwalts Handbuch Versicherungsrecht.“ (2008), S. 1316-1317

⁴ Ausführliche Informationen zum Thema und zur rechtlichen Beurteilung finden Sie bei Stephan Hütt „Befristung der Krankentagegeldversicherung“ in: „Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz. Band 3. §§ 192-215.“ Herausgegeben von Theo Langheid und Manfred Wandt (2009), S. 281-283.

⁵ Siehe http://de.wikipedia.org/wiki/Freiberufler_mit_Stand_13.05.2012

⁶ Volltext zu finden unter http://www.betriebsaerzte.de/gesetze/aekn_berufsordnung.pdf