



**verbraucherzentrale**

# Kranken- versicherungen

Was ändert sich ab Januar 2009?

## Inhalt

<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>3</b>
Recht auf Wechsel des Versicherungsunternehmens	3
Alterungsrückstellung	4
Recht auf Wechsel in den Basistarif	6
Einführung des Basistarifs	7
Versicherungspflicht	9
<b>Gesetzliche Krankenversicherung</b>	<b>10</b>
Der Gesundheitsfonds	10
Zusatzbeitrag oder Prämie möglich	11
Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages	12
Folgen des Gesundheitsfonds für Versicherte	12
Wahltarife	13

## Private Krankenversicherung



In der privaten Krankenversicherung treten mit Beginn des Jahres 2009 weitreichende Änderungen in Kraft. Wenn Sie bereits in einem Vollkostentarif versichert sind, haben Sie erstmals die Möglichkeit, zu einem anderen Versicherungsunternehmen zu wechseln, ohne dass Ihnen die Alterungsrückstellung vollständig verloren geht. Zudem wird der Basistarif eingeführt, der den bisherigen Standardtarif ablöst. Ab dem 1. Januar 2009 besteht außerdem Versicherungspflicht auch in der privaten Krankenversicherung.

### Recht auf Wechsel des Versicherungsunternehmens

Dieses Recht haben Sie als »Bestandskunde« – also wenn Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 versichert waren – nur im Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2009. Sie müssen in dieser Zeit sowohl Ihren bisherigen Vertrag kündigen als auch einen Vertrag bei einem neuen Versicherer abschließen. Da die vertraglichen Kündigungsfristen dennoch fortbestehen, wird für viele Verbraucher der tatsächliche Wechsel erst zum 1. Januar 2010 stattfinden. Die gesetzliche Kündigungsfrist beträgt nämlich drei Monate zum Jahresende, § 205 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Bevor Sie kündigen, sollten Sie sich im ersten Halbjahr 2009 einen Überblick über die Angebote der privaten Krankenversicherer verschaffen. Der Wechsel zu einem anderen Versicherer kann insbesondere dann empfehlenswert sein, wenn die künftige Beitragsentwicklung des neuen Unternehmens positiv beurteilt wird. Informationen finden Sie in »Finanztest« der Stiftung Warentest und unter [www.test.de](http://www.test.de).

Die Versicherer sind verpflichtet, Kunden über die zukünftige Beitragsentwicklung zu informieren (§ 3 Versicherungstragsgesetz-Informationspflichtenverordnung). Sie müssen eine Übersicht über die Beitragsentwicklung der vorangegangenen zehn Jahre erstellen, und bei neuen Tarifen die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs darlegen. Die Beiträge für das Jahr 2010 können allerdings erhöht werden, sodass sie dann höher ausfallen können als beim ursprünglichen Angebot im Jahre 2009. Bevor Sie sich für einen Wechsel entscheiden, sollten Sie auch prüfen, ob sich nicht ein Tarifwechsel beim bisherigen Versicherer eher lohnt.

### Alterungsrückstellung

Falls Sie als »Bestandskunde« den Krankenversicherer wechseln, wird ein Teil der Alterungsrückstellung – allerdings bezogen auf den Basistarif – übertragen. Alterungsrückstellungen sind Rücklagen der Versicherer aus den Beiträgen (etwa ein Drittel) als Finanzpolster für steigende Kostenentwicklung im Alter der Versicherten. Versicherungsunternehmen können die

Alterungsrückstellung beim alten Unternehmen berechnen, wenn sie Alter, Geschlecht und Dauer der bisherigen Vertragslaufzeit kennen. Die Berechnung erfolgt unter der Annahme, Versicherungsschutz hätte von Beginn an im Basistarif bestanden. Achten Sie darauf, dass der Betrag der zu übertragenden Alterungsrückstellung korrekt ist. Somit kann man den Wert des alten Versicherers mit der Berechnung des Neuen vergleichen. Haben Sie Zweifel über die mitgeteilte Höhe, können Sie sich an die



Aufsichtsbehörde (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, [www.bafin.de](http://www.bafin.de)) wenden.

Auch Beihilfeberechtigte haben das Recht, in der Zeit vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009 ihr Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellung zu wechseln.

Der Wechsel erfolgt grundsätzlich in der Form, dass der Versicherungsvertrag geteilt wird: Ein Teil wird in den Basistarif übertragen. Der andere Teil enthält die Privatleistungen. Diese können als Zusatzversicherungen beim alten Unternehmen beibehalten werden unter Anrechnung der Alterungsrückstellung. Der Basistarifanteil des Vertrages wird in Form eines Versicherungsvertrages in den Basistarif beim neuen Versicherungsunternehmen überführt. Die darauf angesparte Alterungsrückstellung folgt dem Vertrag zum neuen Versicherungsunternehmen. Wird der Vertrag in einen Vollkostentarif hochgestuft, muss die Alterungsrückstellung bezogen auf die Privatleistungen beim neuen Unternehmen neu aufgebaut werden. Für Bestandskunden mit Verträgen, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden, werden die Voraussetzungen für den Wechsel in den Basistarif ab Januar durch eine Kalkulationsverordnung des Bundesministeriums der Finanzen konkretisiert: Danach sollen Bestandskunden zunächst für 18 Monate im Basistarif verweilen müssen. Erst danach können sie in einen Vollkostentarif aufstocken. Zudem werden sie insgesamt nur zweimal wechseln dürfen. Der Wechsel in den Basistarif eines anderen Unternehmens wäre der erste Wechsel. Der Wechsel in einen Vollkostentarif oder in den Basistarif eines dritten Unternehmens wäre der zweite Wechsel. Die genannten Beschränkungen sieht die Regelung des Versicherungsvertragsgesetzes (§ 204 VVG) jedoch nicht vor, sodass Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit dieser Einschränkungen bestehen.

Für die Beurteilung, ob ein Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen in den Basistarif oder (nach einer Wartezeit von 18 Monaten) in einen Vollkostentarif zu empfehlen ist, kommt es insbesondere auf die jeweils individuelle Ausgangslage an. Diejenigen, die finanziell gut gestellt, gesund und relativ jung sind, können von einem Wechsel profitieren. Für Menschen mit Vorerkrankungen wird ein Unternehmenswechsel in der Regel nicht zu empfehlen sein, da sie in einem Vollkostentarif beim neuen Unternehmen mit Risikozuschlägen oder dem Ausschluss von Leistungen rechnen müssen.

### Recht auf Wechsel in den Basistarif

Jeder privat Krankenversicherte kann im ersten Halbjahr 2009 in den Basistarif seines Unternehmens wechseln. Falls Sie Ihren Versicherungsbeitrag reduzieren müssen, weil Ihr Einkommen beziehungsweise Ihre Rente sehr gering ist, könnte der Wechsel in den Basistarif eine Alternative bieten. Sie sollten auf jeden Fall den Leistungsumfang, der im Wesentlichen dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, und die Kosten mit anderen Tarifen des Unternehmens vergleichen.

Der Beitrag im Basistarif des eigenen Unternehmens wird stets günstiger ausfallen als bei einem neuen Versicherer, da man beim eigenen Versicherer die gesamte Alterungsrückstellung behält. Abgesehen davon wird angenommen, dass es Beitragsunterschiede im Basistarif zwischen den Unternehmen geben wird.

Für diejenigen, die aufgrund von Vorerkrankungen Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge in ihren Verträgen vereinbart haben, kann der Basistarif besonders attraktiv sein. Im

Basistarif darf es keine Zuschläge und Ausschlüsse geben. Betroffene sollten daher genau prüfen, inwieweit ihnen der Basistarif im Vergleich zu ihrem aktuellen Tarif Vorteile bringt.

### Einführung des Basistarifs

Ab dem 1. Januar 2009 wird der Basistarif in der Privaten Krankenversicherung eingeführt. In den Basistarif können wechseln:

- alle bereits vor dem Januar 2009 privat Versicherten (Frist: bis 30. Juni 2009),
- alle freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten (Frist: bis 30. Juni 2009),
- Personen ohne Versicherungsschutz,
- Beihilferechtigte, soweit sie ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
- alle Personen, die nach dem 31. Dezember 2008 einen Versicherungsvertrag mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abschließen.

Im Basistarif besteht sogenannter Abschlusszwang. Das bedeutet, dass Unternehmen Anträge nicht ablehnen dürfen. Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht zulässig. Der Beitrag des Basistarifs darf ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (569,63 Euro zuzüglich Beitrag für die Pflegepflichtversicherung). Selbstbehalte können in Höhe von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro vereinbart werden. Dann sind Versicherte mindestens drei Jahre an ihren Vertrag gebunden. Diejenigen, die nicht über ausreichend finanzielle Möglichkeiten für den Beitrag im Basistarif verfügen, können eine Reduzierung des Beitrags um die Hälfte beantragen. Der Antrag auf Feststellung

der Hilfsbedürftigkeit ist bei den Sozialhilfeträgern zu stellen. Die Bescheinigung muss dann beim Versicherer vorgelegt werden. Bei weitergehender Bedürftigkeit können Sozialleistungen beantragt werden.

Ehepaare mit geringem Einkommen müssen im Standardtarif nicht den vollen Beitrag von je 100 Prozent pro Person zahlen, sondern gemeinsam nur einen reduzierten Beitrag in Höhe von 150 Prozent. Diese Möglichkeit besteht im Basistarif aber nicht. Daher wird der Standardtarif für sie in der Regel attraktiver sein. Bestandskunden behalten grundsätzlich auch nach dem 1. Januar 2009 ein Zugangsrecht zum Standardtarif, da dies in ihren Verträgen entsprechend geregelt ist. Menschen, die nach dem 1. Januar 2009 einen Versicherungsvertrag abschließen, werden nicht mehr die Wahl zwischen Standard- und Basistarif haben.

Der Leistungskatalog des Basistarifs wurde in einigen Bereichen im Vergleich zum bisherigen Standardtarif erweitert. So erhalten im Basistarif Versicherte Leistungen insbesondere für Kuren und Rehabilitation, Haushaltshilfen, Psychotherapie, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, bei künstlicher Befruchtung, Krankengeld und Mutterschaftsgeld. Der Standardtarif sieht alle diese Leistungen nicht vor. Der Leistungsumfang im Basistarif entspricht damit in weiten Teilen dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Er ist damit umfangreicher als der des ursprünglichen Standardtarifs. Zudem wurde die Versorgung von Personen, die im Standard- oder Basistarif versichert sind, in den Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) aufgenommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen sicherstellen, dass Versicherte zu den jeweiligen Tarifbedingungen behandelt werden.



Wenn Sie den Basistarif wählen, können Sie, anders als im Standardtarif, Zusatzversicherungen abschließen. Wer aus einer Vollkostenversicherung in den Basistarif wechselt, kann beispielsweise stationäre Leistungen in eine Zusatzversicherung überführen und die Alterungsrückstellung übertragen oder beibehalten. Sofern die Angebote der Versicherer bezüglich Leistungen und Kosten attraktiv sind, lohnen sich dann Zusatzversicherungen.

Insgesamt ist der Basistarif aufgrund seines höheren Leistungsumfangs im Vergleich zum Standardtarif vorteilhafter. Der Beitrag wird aber stets höher ausfallen als unter den gleichen Voraussetzungen im Standardtarif. Wer bereits im Standardtarif versichert ist, kann auf Antrag in den Basistarif wechseln.

### Versicherungspflicht

Ab dem 1. Januar 2009 ist jede Person mit Wohnsitz in Deutschland verpflichtet, eine Krankenversicherung zu haben, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsieht. Dabei darf der jährliche Selbstbehalt 5.000 Euro pro Jahr nicht überschreiten. Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe, auf freie Heilfürsorge und vergleichbare Ansprüche haben, benötigen die Pflichtversicherung nur für den über die Beihilfe oder andere Ansprüche hinausgehenden Teil. Personen mit Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und Empfänger gewisser laufender Sozialleistungen sind von der Versicherungspflicht ausgenommen.

**Jeder, der keine Versicherung besitzt und sich nicht gesetzlich versichern kann, sollte sich zum 1. Januar 2009 privat versichern. Wer sich erst später bei einer Versicherung meldet, muss Beiträge nachzahlen und Säumniszuschläge entrichten.**

Die Versicherungspflicht und auch der Grundgedanke, dass niemand ohne Krankenversicherungsschutz sein soll, führen dazu, dass Versicherte ihren Versicherungsschutz nicht verlieren können, wenn sie ihre Beiträge nicht bezahlen. Versicherte, die mit zwei Monatsbeiträgen im Rückstand sind, müssen vom Versicherer gemahnt werden. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als ein Monatsbeitrag, ruht der Leistungsanspruch. Ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Das Ruhen endet, wenn die rückständigen Beiträge bezahlt sind oder wenn der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII wird. Die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger zu bescheinigen.

Wenn Beitragsrückstände, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt sind, werden Vollkostentarif-Verträge im Basistarif fortgesetzt.

## Gesetzliche Krankenversicherung

### Der Gesundheitsfonds

Mit der Einführung des »Gesundheitsfonds« wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab dem 1. Januar 2009 neu organisiert. Bislang hatte jede Krankenkasse die Möglichkeit, ihren Beitragssatz selbst festzulegen. Künftig schreibt die Bundesregierung einen einheitlichen Beitragssatz für die über 200 gesetzlichen Krankenkassen vor. Ab Januar 2009 zahlen alle gesetzlich Versicherten aus diesem Grund den gleichen prozentualen Beitrag für ihre Krankenversicherung. Wie bisher, zahlen die Versicherten 0,9 Prozent allein. Vom Rest trägt der Arbeitgeber die Hälfte.

Das Geld fließt dann in eine zentrale Geldsammelstelle, den Gesundheitsfonds. Aus diesem Topf bekommen die gesetzlichen Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten eine feste einheitliche Pauschale zugewiesen.

Außerdem wurde ein komplizierter Verteilungsschlüssel entwickelt, durch den die Krankenkassen für kranke Versicherte mehr Geld bekommen sollen als für gesunde. Insgesamt wurden 80 Krankheiten ausgewählt, für die es Zuschläge zur Pauschale gibt. Daneben gibt es weitere Zu- und Abschläge abhängig vom Alter und Geschlecht der Versicherten. Man spricht hierbei vom sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (kurz Morbi-RSA).

### Zusatzbeitrag oder Prämie möglich

Reicht das über den Gesundheitsfonds zugewiesene Geld nicht aus, kann die Kasse einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Dieser Zusatzbeitrag muss allein vom Versicherten übernommen werden, der Arbeitgeber beteiligt sich hier nicht. Es gibt eine »Überforderungsklausel«, um die finanzielle Belastung der Versicherten zu begrenzen. Aufgrund dessen darf der eingezogene Betrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten nicht übersteigen. Allerdings kann die jeweilige Krankenkasse einen Pauschalbetrag von bis zu acht Euro pro Monat ohne Einkommensprüfung einziehen. Ist dies der Fall, werden insbesondere Versicherte mit einem sehr geringen Einkommen prozentual höher belastet. Erzielen die Kassen dagegen einen Überschuss, können sie auch eine Prämie an ihre Versicherten ausschütten. Die Prämie wird in voller Höhe an das Mitglied ausgezahlt. Die Entscheidung über deren Höhe und der Zeitpunkt der Ausschüttung, zum Beispiel monatlich oder jährlich, bleiben allein der Kasse überlassen.





### Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages

Erhebt eine Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht diesen, haben alle Mitglieder dieser Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht. Im Normalfall ist ein Wechsel weiterhin nur nach einer 18-monatigen Mitgliedschaft zulässig. Auch im Fall einer Reduzierung oder des Wegfalls der Prämienausschüttung ist ein Wechsel unter Beachtung einer zweimonatigen Kündigungsfrist zu einer anderen Krankenkasse möglich. Die Kassen müssen ihre Versicherten zudem zukünftig spätestens einen Monat vor der Erhebung des Zusatzbeitrages oder der Reduzierung der Prämie auf ihr Sonderkündigungsrecht schriftlich hinweisen. Die Krankenkasse darf den Zusatzbeitrag erst erheben, wenn sie den Versicherten darauf hingewiesen hat. Für Mitglieder, die ihre Kasse fristgerecht kündigen, wird der Zusatzbeitrag dadurch nicht fällig.

### Folgen des Gesundheitsfonds für Versicherte

Durch die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes von 15,5 Prozent werden die Kassen mit einem aktuell unterdurchschnittlichen Beitragssatz zum 1. Januar 2009 teilweise erheblich teurer, wodurch die finanziellen monatlichen Belastungen für deren Versicherte auf jeden Fall steigen. Diese mit der Einführung des Gesundheitsfonds verbundenen Beitragssatzerhöhungen lösen in der Folge jedoch kein Sonderkündigungsrecht aus, da sie durch eine Gesetzesänderung zustande kommen. Bei einzelnen Krankenkassen mit einem bislang sehr hohen Beitragssatz kann es natürlich auch zu dem umgekehrten Effekt kommen. Durch das Gesundheitsministerium soll die Beitragshöhe zukünftig jeweils am 1. November für die kommenden Jahre bei Bedarf angepasst werden.

An dem gesetzlich festgelegten Leistungskatalog der Krankenkassen wird sich dagegen durch die Einführung des Gesundheitsfonds nichts ändern. Es wird aber auch in Zukunft

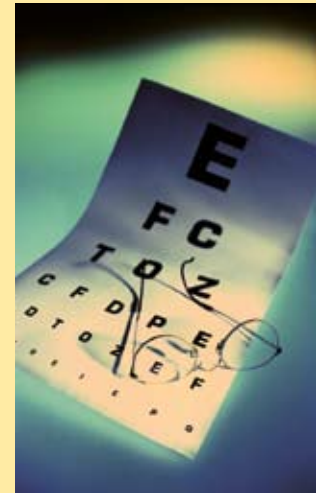
erhebliche Unterschiede bei der Beratungs- und Servicequalität – etwa hinsichtlich der Geschäftsstellen vor Ort – und bei den freiwilligen Leistungen der Krankenkassen geben. Bei der Wahl Ihrer Krankenkasse sollten Sie diese Punkte neben der reinen Kostenfrage im Vorfeld unbedingt abklären und eine Entscheidung nach den individuellen Bedürfnissen und Vorstellungen treffen.

### Wahltarife

Die gesetzlichen Kassen haben im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) erstmals auch zahlreiche neue Möglichkeiten erhalten, ihren Versicherten deutlich voneinander abweichende differenzierte Tarifangebote zu unterbreiten. Diese können sogenannte Wahltarife anbieten, bei deren Gestaltung sie einen weiten Spielraum haben. Es gibt Tarife, die von den Kassen angeboten werden müssen, etwa für Hausarztmodelle oder strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke.

Die Krankenkassen sind auch verpflichtet, ab dem 1. Januar 2009 einen speziellen Krankengeld-Wahltarif anzubieten, da für freiwillig versicherte Selbstständige, nicht ständig oder kurzzeitig Beschäftigte ohne Anspruch auf Lohnfortzahlung für mindestens sechs Wochen, oder Künstler und Publizisten, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz pflichtversichert sind, der bisherige Krankengeldanspruch wegfällt.

Daneben können auch freiwillige Wahltarife angeboten werden. Hier gibt es zahlreiche unterschiedliche Tarifmodelle, wie Beitragsrückvergütungen für die Nichtinanspruchnahme



von Leistungen oder Selbstbehalttarife. Es ist zu erwarten, dass diese Angebote im Jahr 2009 noch erheblich ausgeweitet werden, da sich die Kassen dadurch einen Wettbewerbsvorteil versprechen. Bei einer Zahl von über 200 Krankenkassen besteht dadurch zunehmend die Gefahr, dass der Überblick für den einzelnen Versicherten verloren geht.

Die Wahl derartiger Angebote sollte deshalb gut überlegt sein und an den individuellen Ansprüchen ausgerichtet werden. Vorsicht ist insbesondere bei den freiwilligen Wahlтарifen angebracht. Wer sich für einen der zahlreichen freiwilligen Wahlтарife der Kassen entscheidet, kann sein Sonderkündigungsrecht nicht in Anspruch nehmen. Jeder Versicherte bindet sich mit der Wahl dieser Tarife für drei Jahre an seine Kasse.

Die Auswirkungen der Neugestaltung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Gesundheitsfonds können momentan kaum abgeschätzt werden, sodass es für jeden Versicherten von Vorteil ist, sich seine Flexibilität und insbesondere die Option des Kassenwechsels zu erhalten. Wer sich dennoch für die neuen Tarifangebote interessiert, sollte sich in jedem Fall mehrere Angebote einholen und diese genau vergleichen. Empfehlenswert ist daher sicherlich auch eine unabhängige Beratung – etwa in einer Beratungsstelle der Verbraucherzentralen.

## Impressum

Herausgeber: Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66 • 10969 Berlin  
info@vzbv.de • www.vzbv.de

Text: Silke Möhring

Redaktion: Ileana von Puttkamer

Gestaltung: HPPR Werbeagentur, Neuss, www.hppr.de

© Fotos: Uwe Bumann/fotolia (2), PhotoDisk/gettyimages (2)

Auflage: 1. Auflage 2009, Stand: 20. Dezember 2008

Druck: enka-druck GmbH, Berlin; gedruckt auf 100 % Recyclingpapier

© 2009: Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

## Ratgeber für Sie

Die Verbraucherzentralen geben außerdem zu allen wichtigen Verbraucherfragen Ratgeberbücher heraus, zum Beispiel:

### Richtig versichert

Viele Bundesbürger sind falsch und zu teuer versichert. Der Ratgeber liefert Informationen, welche Versicherung man in welchem Lebensabschnitt braucht und gibt einen Überblick über alle Versicherungssparten.

22. Auflage 2008, 280 Seiten, 12,90 €



### Private Kranken- und Pflegezusatzversicherung

Welche privaten Kranken- und Pflegezusatzversicherungen es gibt, welche Policen sich überhaupt eignen und wie sich Preise clever vergleichen lassen, haben die Verbraucherzentralen in diesem Kurzatgeber zusammengetragen.

3. Auflage 2009, 96 Seiten, 4,90 €



### Gute Pflege im Heim und zu Hause

Wer pflegebedürftig ist, erwartet eine gute Pflege. Der Ratgeber informiert über sogenannte Expertenstandards, die die Pflegequalität für Pflegeeinrichtungen vorschreiben und erläutert, wie man gute von schlechten Pflegeangeboten unterscheiden kann.

1. Auflage 2008, 112 Seiten, 7,90 €



Bestelladressen finden Sie unter [www.verbraucherzentrale.de](http://www.verbraucherzentrale.de)



Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.  
Markgrafenstraße 66 • 10969 Berlin  
info@vzbv.de • www.vzbv.de

**verbraucherzentrale**

[www.verbraucherzentrale.de](http://www.verbraucherzentrale.de)