

Sondernewsletter zur Tarifeinführung der neuen Tarife der Allianz Private Krankenversicherung (APKV)

Sehr geehrter Leser,

wieder einmal ist es so weit. Ein großer Privater Krankversicherer schmeißt sein Konzept der Tarife komplett um und beginnt mit einer Neuausrichtung der Tarife und passt sich dem Markt und der aktuellen Entwicklung an. Dieses geschieht zum einen natürlich um das Neukundenwachstum zu steigern, zum Anderen aber auch, um die Ergebnisse in Ratings und Rankings zu verbessern.

Zunächst einmal zu dem Erfreulichen. Die neuen Versicherungs- und Tarifbedingungen wurden klar und deutlich formuliert, so dass es dem Laien einfacher fallen wird, einzelne Passagen besser zu verstehen.

Das heißt aber nicht, dass es so klar ist, dass man nicht genausten lesen muss und es auch hier Formulierungen gibt, die so nicht auf den ersten Blick klar machen, was man eigentlich sagen will. Dazu ist, wie in der Vergangenheit auch qualifizierte Beratung unabkömmlich.

Mit der Einführung der neuen Tarife geht man einen andern Weg als bisher. Nicht mehr Baustein- und Kompakttarife sollen nebeneinander stehen, sondern vielmehr eine Tarifgruppe mit verschiedenen Ausgestaltungen. Dazu kommt, dass diese neuen Tarife für den gesunden Kunden preiswerter werden, für Vorerkrankungen aber höhere Zuschläge vereinbart werden. So will man natürlich auch das Ziel einen „sauberen“ Bestandes erreichen.

Bereits in der Basis Version (AktiMed Start 90) ist der Geltungsbereich so gestaltet, dass der Versicherungsschutz sich bei Erkrankungen, die eine Rückreise nicht zulassen, solange verlängert, bis dieses aus medizinischer Sicht vertretbar ist. Sonst unterscheiden sich die Tarife von bis zu 2 Monaten Schutz im außereuropäischen Ausland (AktiMed Start) bis zu sechs Monaten (AktiMed Best). Für den Fall, dass der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort nur vorübergehend verlegt wird, kann das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaft umgewandelt werden. (Anm. muss aber nicht). Ebenfalls findet eine Beendigung des Vertrages statt, falls der Wohnsitz oder Aufenthalt aus Deutschland verlegt wird. Nur bei Verlegung in ein Land des Europäischen Wirtschaftsraumes besteht die Verpflichtung einer gesonderten Vereinbarung zur Fortsetzung. Diese muss binnen zwei Monaten beantragt werden und kann einen Zuschlag beinhalten.

Nach wie vor sind die Kriegsereignisse und deren Folgen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, egal ob der Versicherte aktiv oder nur passiv beteiligt ist. Dieses ist insofern bedauerlich, da sich hiermit jeder noch so gute Versicherungsschutz relativiert, wenn er eben durch den Ausschluss nicht mehr besteht.

Nun jedoch lassen Sie mich einige einzelne Punkte ansprechen, die u. U. für den Abschluss und die Beratung von Bedeutung sind. Diese beziehen sich zunächst auf den AktiMed Start.

Die Leistungen sind grundsätzlich nur dann erstattungsfähig, wenn Sie nach den einschlägigen Rechtsvorschriften berechnet wurden. Das sind neben der GOÄ und GOZ auch die Hebammen Gebührenverordnung, das Krankenhausentgeltgesetz und die Bundespflegegesetzverordnung, ggf. auch die GebüH bei Heilpraktikern.

Der Tarif (Start) beschränkt seine Leistungen jedoch auf den Regelhöchstsatz (2,3 fach) was bedenklich ist, da der Versicherte nicht vor jedem Arztbesuch über das Honorar sprechen wird und eine Abrechnung im Rahmen der Gebührenordnung durchaus wahrscheinlich ist. Somit ergeben sich für die Versicherten u. U. zusätzliche Selbstbeteiligungen von bis zu 35% des Rechnungsbetrages. Keine Regel ohne Ausnahme, denn die belegärztlichen Leistungen sind erst auf die Höchstsätze, also 3,5fach begrenzt.

Man beachte auch die Definition und Aufzählung in §3 (Teil II AVB) die eine genaue Beschreibung der Leistungserbringer enthält. Dieses schafft natürlich zusätzliche Sicherheit, da klar geschrieben steht was geleistet wird und was eben nicht. Die Behandlung in **gemischten Anstalten** (wobei das Wort nicht in den Bedingungen enthalten ist, sondern nur umschrieben wird) wird nur bei schriftlicher Zusage geleistet.

Erstaunlich sind einige Tarifeinschränkungen in den verschiedensten Bereichen. So wird die Sehhilfe nur dann geleistet wenn vorher eine Verordnung eines Facharztes oder die Refraktionsbestimmung eines Optikers vorliegt. Dennoch ist diese Erstattung auf 150 EUR (AktiMed Start) oder 400 EUR (AktiMed Best) innerhalb von 24 Monaten seit der letzten Erstattung begrenzt.

Bedenkenswert ist aber eine weitere Einschränkung, die vorwiegend für junge Versicherte eine große Bedeutung einnehmen kann. Der AktiMed Start schließt ausdrücklich **„reproduktionsmedizinische Verfahren aller Art einschließlich aller begleitenden Maßnahmen“** vom Versicherungsschutz aus. In der Tarifvariante AktiMed Best ist dieses zwar versichert, aber an **bestimmte Voraussetzungen** geknüpft. In §6, Abs. 8 ff. sind die zu leistenden Maßnahmen beispielhaft aufgeführt. Die Gesamtzahl der Behandlungen ist auf **vier Versuche** beschränkt, nach 2 herbeigeführten Geburten erlischt der Leistungsanspruch vollständig. Auch sind die sonstigen Anspruchsvoraussetzungen wie der vorliegende Kostenplan etc. marktüblich, nicht jedoch die Einschränkung, des Punktes 8.3. Dort heißt es: „Weitere Voraussetzungen (...): - das Vorliegen einer organisch bedingten Sterilität der versicherten Person, - (...) eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit, und das die Person bei Beginn nicht älter als 41 Jahre sein darf.“

Ich halte es aus Beratersicht für bedenklich, junge Kunden in den AktiMed Start Tarifen ohne solche Leistungen zu versichern und ebenfalls kommen Frauen nur nach hinreichender Aufklärung mit entsprechender Dokumentation für die AktiMed Tarife in Frage, es sei denn sie können die Maßnahmen der Reproduktionsmedizin von vornherein ausschließen.

Angemerkt sei auch noch, das die Kunden der „**Start**“ Tarife **keinerlei Leistungsanspruch bei Zahnimplantaten** haben und alle Kunden verzichten auf **Entziehungsmaßnahmen**.

Dafür werden aber in § 6, Abs. 5.2. Diätische Nährstoffe bei bestimmten Krankheitsbildern wie MS oder Morbus Crohn genannt, welche somit erstattungsfähig sind und wo sich der Tarif von einer Masse des Marktes abhebt.

Die Position **Hilfsmittel** bedarf noch einiger Erläuterungen. Erstattet werden einige Hilfsmittel zu 80%, bzw. auch zu 100% wenn ein Bezug über den Versicherer stattfindet.

Es wird auch unter bestimmten Notfallbedingungen 100% erstattet, wenn ein Bezug innerhalb von 2 Tagen erfolgen muss. Bedenklich sind wieder vorhandene, absolute Grenzen für z. Bsp. Prothesen (max. 7.000 EUR), Hörhilfen (max. 1.000 EUR) etc. Alles nicht Genannte ist nicht erstattungsfähig. Daher wäre der Einschluss von lebenserhaltenden Hilfsmitteln und der Formulierung „Körperersatzstücke“ statt Prothesen sicher sehr sinnvoll gewesen. In den „Best“ Tarifen entfällt die Begrenzung bei den Prothesen und erhöht sich bei den Hörhilfen auf 2.000 EUR. Ebenso ist die Definition stark verbessert. Gemäß §6/ 11 werden Hilfsmittel (ohne weitere Aufzählung) zu 80% erstattet. Für bestimmte gilt sofort eine 100%ige Erstattung.

Die Transportkosten sind klar definiert und der Rettungshubschrauber mit eingeschlossen. Erstattungsfähig sind ausdrücklich auch Fahrten zur Behandlung bei Dialyse und Strahlentherapie und auch der Notarzteinsatz ohne Transport des Patienten.

Stationär werden die versicherten Leistungen in Kliniken erbracht, welche der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sonst nur dann wenn dieses vorher genehmigt wurde und max. bis zu dem Betrag der oben genannten Verordnungen. Die Einschränkungen entfallen bei Notfallbehandlung, was die Sicherheit schafft, das man keine Angst haben muss in ein „falsches Krankenhaus“ zu kommen. Auch stationäre Transportkosten werden zum nächstgelegenen, geeigneten KH erbracht, auch hier ist der Rettungswagen und der Hubschrauber entsprechend genannt.

Zu beachten sind im Zahnbereich natürlich die entsprechenden Höchstsätze, die Begrenzung auf max. 250 EUR pro Inlay und die Definition des Unfallbegriffs. (*„Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (z. Bsp. Biss auf einen Kirschkernel) ein Schaden an den Zähnen entsteht.“*) Auch hier wird wieder der Wille deutlich, Versicherungsbedingungen verständlich zu gestalten, welches sich auch bei den Erklärungen der Höchstgrenzen etc. fortgeführt wird.

Am Rande seien nur noch einige Punkte angerissen. Zum einen erfolgt der medizinische Rücktransport aus dem Ausland nur an den *„ständigen, vor der Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz“*, was bedeutet, dass eine Verlegung in eine Wunschklinik oder spezialisierte Klinik auf Wunsch des Kunden nicht möglich ist? Dieses wird von uns gerade im Rahmen einer Vorstandsanfrage geklärt.

In dem Start Tarif ist ein entsprechendes **Optionsrecht** enthalten, welches zum 1. Januar des 4. oder 6. Jahres eine Verbesserung des Versicherungsschutzes ohne Wartezeiten und ohne Gesundheitsprüfung ermöglicht.

Erstaunlich ist hier, dass dieses für versicherte Kinder und Jugendliche nur ausgeübt werden kann, wenn auch das versicherte Elternteil die Option nutzt, zum anderen kann es nicht in alle Tarife genutzt werden. Gemäß §8 (4) ist maximal ein Tarif mit Zweibettzimmer und Leistungen bis zu den Höchstsätzen der GOÄ möglich, somit ist ein Wechsel in den AktiMed Best nicht möglich, da dieser das Einbettzimmer und Leistungen über der GOÄ erbringt.

Alles in Allem handelt es sich bei der neuen Tarifserie AktiMed der Allianz Private Krankenversicherung durchaus um eine Verbesserung gegenüber den bisherigen Tarifen, jedoch ist eine genaue Definition der eigenen Wünsche erforderlich. Es gibt klare einschränkende Aussagen, die der Laie nach wie vor nicht zu deuten verstehen wird.

Ich hoffe Ihnen hiermit eine kleine Hilfestellung bei der Auswahl der Tarife gegeben zu haben.

Eine gesunde Zeit wünscht Ihnen,



Sven Hennig

S.H.C. GmbH
Spezialmakler für die Private Krankenversicherung,
Berufsunfähigkeit und Altersvorsorge

Am Schäferstieg 5a, 21279 Dierstorf b. Hamburg
Tel. 04165 218 600, Fax: - 602
HR Tostedt, HRB 200727
GF Sven Hennig

Mail: pkv@online-pkv.de
<http://www.online-pkv.de>


PremiumCircle

Offizielles Mitglied im PremiumCircle

Wir sind Mitglied im PremiumCircle (<http://www.premiumcircle.de>),
dem Beraterverband für qualitätsorientierte Beratung.

Nachdruck oder jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung
© 2007, Sven Hennig