



Sehr geehrte Leser der Finanz-News,

für diejenigen unter Ihnen, die laufend meine Publikationen lesen wird es nichts Neues sein, auch bei der **Einführung der Neuen Tarife der ARAG Krankenversicherung** einen Kommentar von mir zu lesen.

Ein weiterer Privater Krankversicherer reagiert auf den Markt und die anstehenden Veränderungen und „bastelt“ sich ein neues Tarifmodell. Der Grundgedanke und guter Vorsatz scheint auch hier zu sein, dem Kunden und Interessenten das Leben einfacher zu machen und Versicherungsbedingungen auch für den Laien, also den zahlenden Kunden, verständlich zu machen.

Ob dieses gelungen ist, lesen Sie auf den folgenden Seiten. Viel Spaß!

Beim Lesen des Prospektes des mit der Überschrift „**Anspruchsvoll im Umfang, attraktiv im Preis**“ mag man sich einen vollumfänglichen Schutz vorstellen. Leider sieht die Bedingungsseite nicht ganz so umfänglich aus. Dort muss man in Teil III unter dem Punkt 6 eben nun erfahren, das „Behandlungen (einschließlich Arzneien) bei unerfülltem Kinderwunsch und Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ wie auch „brechkraftverstärkende Augenoperationen“ und „Behandlungen (einschließlich Arzneien) zur Erlangung und Stärkung der Potenz“ schlichtweg **ausgeschlossen** sind.

Es ist also schon bedenklich, wenn ein Kunde durch seinen Berater auf diesen Umstand nicht hingewiesen wird, denn er stellt sich gerade im ersten Punkt zweifelsfrei schlechter als die gesetzliche Versorgung und die vieler anderer Privater Versicherer. Lediglich die Allianz Private KV hat in den neuen Tarifen eine ähnliche, wenn auch nicht ganz so starke, Einschränkung.

Gerade hier, wo große Kostenfallen lauern, wäre ein Hinweis in den Prospekten aus meiner Sicht sehr angebracht gewesen. Wer vermag denn in jungen Jahren behaupten, dass er solche Leistungen nie benötigen wird und sich die Einstellung zu Kindern nicht über den Lauf der Zeit ändert.

Positiv ist bei der ARAG aber durchaus der eine oder andere Punkt, welcher in den Bedingungen, Stand 07/2007 klar und verständlich geregelt ist.

So wird in §2 explizit geklärt, dass für angeborene Krankheiten und Gebrechen ebenso wie für Geburtsschäden geleistet wird. Auch die Selbstbeteiligung eines mitzuversichernden Kindes darf demnach kleiner sein, als die der Eltern.

Bei dem **Geltungsbereich** der Versicherung ist es mit den tollen und so umfangreichem Schutz doch schnell wieder vorbei. Es besteht Versicherungsschutz für die ersten 3 Monate eines vorübergehenden (was ist eigentlich vorübergehend?) Auslandsaufenthaltes, jedoch wird dieser ausgedehnt, wenn die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gesundheitsgefährdung antreten kann. Dieses ist ein klarer Vorteil gegenüber anderen Tarifen. Auch bei geplantem längeren Aufenthalt klingt die Regelung in Teil II, §1 MBKK nicht so schlecht, denn eine Versicherung gegen Beitragszuschlag ist möglich.

Toll, möglich ist vieles, ob ich es auch bekomme werden wir dann sehen, oder wie? Um die eingangs aufgeführte Frage zu beantworten, für die ARAG ist ein Aufenthalt bis zu 5 Jahren vorübergehend, positiv das dieses im Punkt (2) klargestellt wird.

Auch bei dem Umfang der Leistungspflicht sehen wir, dass der Versicherer durchaus bereit ist, klare Formulierungen treffen zu wollen.

Da wird nämlich festgelegt, das eben auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette zu den versicherten Krankenhäusern gehören, was aber viel wichtiger und entscheidender ist, es wird auf die **Anzeigepflicht bei Krankenhausaufhalten** bei folgenden Szenarien verzichtet.

- wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt (ja, das haben lange nicht alle Tarife)
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des versicherten war, oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte

Weiterhin *anzeige- und genehmigungspflichtig* sind aber die gemischten Anstalten.

Auch die Transportkosten bei der stationären Behandlung sind so durchaus vertretbar. Die Einschränkung auf 100 km wird durch „nächstgelegen und geeignet“ relativiert. Es werden auch Krankenfahrten und -transporte genannt, wonach auch die Beschränkung auf Fahrzeuge raus ist. Gut so.

Schauen wir uns aber den Bereich Ausland und deren Rücktransport an, haben wir schon teils recht eigenwillige Formulierungen. Dort steht dann geschrieben:

„Transportkosten die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn auf Grund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung einer Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßige Entfernungen bis 500 km.“

Werde ich also beim Urlaub in Polen oder in anderen Ländern mit nicht ganz so idealer Versorgung krank, werde ich vielleicht nicht rücktransportiert, da es irgendwo in 500 km Umkreis noch eine Behandlungsmöglichkeit gibt. Hier ist ein ergänzender Schutz unumgänglich.

Bei einem so umfänglichen Versicherungsschutz bzw. dem Wunsch danach stellt sich aber die berechnete Frage warum unter der Aufzählung der Heilmittel (§4, Teil II, (3), 4) nichts von Ergotherapie und/ oder Logopädie geschrieben steht. Nur vergessen worden oder will man womöglich solche langfristigen Behandlungen nicht leisten müssen? Dort sind zwar „andere physikalische Behandlungen genannt, die Logopädie zählt aber mit Sicherheit nicht dazu.

Den Heilmitteln folgt, wie erwartet, das spannende Thema der Hilfsmittel. Schaut man sich die alten ARAG Tarife und deren Bedingungen an, hatte ich immer die Hoffnung hier mal eine vernünftige Lösung zu finden. Schauen wir uns diese doch mal in dem neuen Bedingungsmerk an:

Hilfsmittel wie Brillengläser und -fassungen, Kontaktlinsen und orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder, Hörgeräte, Stützapparate und Prothesen sind zunächst erstattungsfähig. Schön wären Formulierungen wie Körperersatzstücke, aber man kann ja nicht an alles denken. :-). Jetzt kommt aber eine recht interessante Formulierung. Nein, nicht die das auch Reparaturen erstattungsfähig sind, sondern die, dass nach Zustimmung durch den Versicherer auch nicht aufgeführte Hilfsmittel (wie zum Beispiel) Krankenfahrstühle, Beatmungsgeräte oder Geräte zur Schlafapnoe- Behandlung erstattungsfähig sind, wenn Sie körperliche Behinderungen unmittelbar ausgleichen oder lindern, aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind.

Diese Regelung ist zweifelsfrei nicht schlecht und weitaus besser als das mancher anderer Versicherer in seinen Bedingungen dargestellt hat. Was mich bei den neuen Tarife jedoch etwas wundert, warum kommen Geräte wie das Schlafapnoe Gerät immer erst nach irgendwelchen BGH oder sonstigen Urteilen in die Bedingungen?

Müssen wir jedes Mal einen Kunden haben, der bis zum BGH klagt um eine Definition in die Bedingungen zu bekommen?

Positiv in der Veränderung der Bedingungen fällt der §5, Teil II, Abs. 1 auf. Demnach sind Kriegsereignisse bzw. durch solche verursachte Folgen von Unfällen und Todesfällen mitversichert, wenn ich außerhalb Deutschlands von einem Ereignis überrascht werde und aus unvertretbaren Gründen das Land nicht verlassen kann. Gut gelungen ist auch die Klarstellung, dass bei vorhandener Reisewarnung und Einreise in Länder wo bereits Krieg herrscht, dieser Schutz nicht besteht.

Erfreulicherweise verzichtet die ARAG auf die Kurortklausel gem. Teil I, Abs. 1b MBKK, wonach ambulante Behandlungen in Heilbädern und Kurorten nicht versichert sind, wenn Sie dort nicht Ihren Wohnort haben.

Durchaus schön ist die Regelung des §13 MBKK, was passiert wenn ich nun, nachdem ich mich bei der ARAG vollversichert hatte, versicherungspflichtig werde. Vertraglich geregelt ist nunmehr das Recht, ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten den „nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.“ Den letzten Halbsatz hätte man sich sparen sollen, aber gut, besser so als keine Regelung.

Zieht ein Versicherter weg oder verlegt seinen gewöhnlichen Aufenthalt endet der Versicherungsschutz. Die ARAG Krankenversicherung verpflichtet sich aber eine Vereinbarung zur Fortsetzung zu treffen, wenn dieses binnen 2 Monaten beantragt wird und die Verlegung in einen Staat des europäischen Wirtschaftsraums oder die Schweiz vollzogen wird. Weniger schön ist die Festlegung eines „angemessenen“ Beitragszuschlages, weil hier wieder die Frage bleibt was angemessen ist.

Betrachtung einzelner Tarifleistungen

Schauen wir uns noch einige Details aus den Tarifleistungen an, welche natürlich einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität eines Tarifes haben.

Zunächst werden SB Stufen von 0 bis 1.500 EUR angeboten, wobei bei insgesamt 6 Stufen eine ausreichende Auswahlmöglichkeit besteht. In den beiden kleinsten SB Stufen mit 0 oder 300 € SB ist eine so genannte Pauschalleistung im Tarif enthalten.

Bei Leistungsfreiheit (außer definierte Vorsorgeuntersuchungen) werden so 600 EUR oder eben 300 EUR (Stufe K300) geleistet, wenn die Beiträge für das betreffende Jahr bis 31. Januar des Folgejahres entrichtet wurden. Ausgezahlt wird dann im zweiten Halbjahr des Folgejahres und nach der Auszahlung erlischt jeglicher Leistungsanspruch. Wer also noch auf Rechnungen wartet sollte diesen Weg durchaus überlegen.

Die SB vermindert sich bei unterjährigem Eintritt um jeweils 1/12, auch durchaus OK.

Erstattet werden Arzthonorare maximal bis zum Höchstsatz der GOÄ, stationär auch darüber wenn eine wirksame Vereinbarung vorliegt. Schutzimpfungen sind- bis auf prophylaktische Impfungen wegen einer Auslandsreise ebenso versichert, wie Vorsorgeuntersuchungen nach beiliegendem Verzeichnis. Letztere werden eben nicht auf die SB angerechnet und sind an die STIKO Empfehlungen gekoppelt, wobei der Versicherer anpassen kann, wenn sich diese ändern.

Auch in den Komfort Tarifen gilt, eigentlich für den Komfort Anspruch unpassend, ein Primärarztprinzip.

Meinen Hausarzt muss ich bedingungsgemäß bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen dem Unternehmen mitteilen. Sonst darf ich, um 100 statt 80% Erstattung zu bekommen eben nur zum Hausarzt, welcher nur Arzt für Allgemeinmedizin oder praktischer Arzt sein soll, zu Kinder- oder Augenärzten, Gynäkologen oder Not-/ Bereitschaftsärzten. Bei letzteren ist die Behandlung natürlich im Rahmen des Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgt sein.

Eine formlose Bestätigung der beauftragten Weiterbehandlung durch den Hausarzt oder einen Kinderarzt soll aber für die 100% Erstattung der weiteren Arztrechnungen ausreichen. (Teil II, Pkt. 2)

Heilpraktiker scheinen nicht die besonderen Lieblinge des Aktuars oder der Gesellschaft zu sein, denn diese werden nur bis zu Mindestsätzen der Gebührenordnung und dann auch nur zu 80%, maximal jedoch 500 EUR pro Jahr erstattet.

Eine nette, nicht sofort erkennbare, Formulierung finden wir aber bei den Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. In Teil II unter Punkt 2 c finden wir somit die Aussage:

„Die Leistung erfolgt für erstattungsfähige Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR je Kalenderjahr zu 80%, für den 2500 EUR übersteigenden Teil zu 100 %. Als Arzneimittel im Sinne dieses Tarifes gelten nur verschreibungspflichtige Medikamente.“

Dieses bedeutet somit im schlimmsten Fall pro Versichertem eine zusätzliche Selbstbeteiligung von weiteren 500 EUR pro Kalenderjahr. Diese wird schnell größer, da eben alles was nicht verschreibungspflichtig ist (Erkältungsmedikamente, Schmerzmittel etc.) nicht erstattungsfähig ist. Hab ich etwas im bunten Produktflyer überlesen oder sollte es bei den Highlights und den Selbstbeteiligungen tatsächlich nicht gestanden haben?

Psychotherapeutische Maßnahmen sind zu genehmigen (bis auf die ersten 5) und dann bis zu 50 pro Jahr mit einem Satz von 80% erstattungsfähig. Voraussetzung ist aber, der Therapeut arbeite in einer eigenen Praxis.

Auch die Zahnärzte sollen natürlich etwas bezahlt bekommen aus den Tarifen und somit zahlt man hier auch bis zu den Höchstsätzen der GOZ. Bei Ersatzmaßnahmen sollte man, wenn man nicht nur die Hälfte des Erstattungssatzes haben möchte, zwingend einen Heil- und Kostenplan einreichen, welchen der Versicherer unverzüglich prüfen will. In den ersten 6 Jahren ist der Kostenrahmen auf 1.000 bis zu einem Betrag von 5.000 EUR begrenzt, ab dem 6. Jahr wird ohne Höchstgrenze erstattet. Unfälle sind von dieser Regelung natürlich ausgenommen.

Dem Zahnbereich ist ein Preisverzeichnis zu Grunde gelegt, welches man seinem Zahnarzt durchaus vorlegen sollte um vor unliebsamen Überraschungen geschützt zu sein.

Wie komme ich nun aus den Tarifen wieder raus- Stichwort Optionsrechte

Auch die ARAG weist natürlich das die Versicherten nicht ewig in diesen Tarifen bleiben wollen/ sollen und bietet ein Optionsrecht an.

Nach 5 Jahren Versicherungszeit (wobei das erste Jahr auch anteilig als erfüllt gilt) ist ein Wechsel möglich. Zeiten der Ruhendversicherung oder der Anwartschaft verlängern diese Zeit nicht. Wechseln darf ich aber nur dann ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, wenn ich nicht vorher schon einmal bei der ARAG versichert war (außer im Tarif E).

Das bedeutet aber auch, ein bereits ARAG Versicherter der vielleicht pflichtversichert wurde, hat kein Optionsrecht. Hierauf sollte man bei der Beratung ausdrücklich hinweisen und dieses auch dokumentieren.

Im Großen und Ganzen ist die K Serie ein ganz ordentliches Tarifwerk geworden, auch wenn es dem Komfort Gedanken nicht immer entspricht.

Bedenkliche Regelungen wie Ausschlüsse der Kinderwunschbehandlung, Einschränkungen bei dem Optionsrecht und einigen anderen Leistungen sollten genau besprochen werden, bevor eine Entscheidung getroffen wird.

Zur Kur, sei es ambulant oder stationär, dürfen Sie ebenfalls nicht, es sei denn Sie zahlen selbst, denn auch diese Leistungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Beratung Ihrer Kunden

und Ihnen, falls Sie Kunde sind,

einen Berater der versteht was er tun, wenn er Ihnen etwas zum Thema Private Krankenversicherung erzählen will.

Bei Fragen sprechen Sie mich gern an.

Sven Hennig

Spezialmakler PKV, Altersvorsorge und BU

Tel. 04165 218 600