



Sehr geehrte Leser,

eine neue Tarifeinführung gab es dieses Jahr im Bereich der Krankenvollversicherung schon, den neuen PRIME Hochleistungstarif des Deutschen Rings/ der Signal Krankenversicherung.

PRIME – der neue Hochleistungstarif (Finanznews 2/2018, Download auf der Website)

Nun folgt ein weiterer Versicherer mit einem neuen Tarif. Dieser, so die Werbeaussagen und Pressemitteilungen- sei innovativ und mit einem besonderen Selbstbeteiligungsmodell ausgestattet. Es handelt sich um die Tarifeinführung der Tarife 881/882 welche unter dem wunderbaren Marketingnamen „Master Care“ bei dem Münchener Verein Krankenversicherung vertrieben werden.

Was genau diese Tarife nun besonders macht und warum diese für Sie passen- oder eben auch nicht- das schauen wir uns hier einmal etwas genauer an.

Inhalt:

Werbung und Wirklichkeit	2
Tarifmodell, Selbstbeteiligung und „Innovation“	2
Psychotherapie, Heilpraktiker	4
Heilmittel, Hilfsmittel, ambulante Kosten	4
Ab ins Krankenhaus- oder besser nicht?	5
Was nun, wenn der Zahn schmerzt?	5
Optionsrechte	6
Beiträge für Musterkunden, Beitragsrückerstattung	6
Fazit	7
Presseinformationen	8

Werbung und Wirklichkeit

Interessant ist zudem die Aussage des Vorstandes zur Einführung der Tarife.

„Die wichtigsten Wünsche waren: Die Beiträge müssen **günstiger** sein als in der GKV, die Leistung muss **höher** sein als in der GKV und der Beitrag sollte auch in der Rente noch **bezahlbar** sein. All das hat der Münchener Verein in Master Care berücksichtigt.“, sagte Dr. Rainer Reitzler, Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Versicherungsgruppe.

Der Herr sollte schnell einen neuen Beruf suchen und somit alle Probleme der Menschheit lösen. Mit den Vorgaben, also

- günstiger als die gesetzliche Krankenkasse
- höhere Leistung als die gesetzliche Krankenkasse
- und stabile Beiträge

scheint der Münchener Verein das Perpetuum Mobile erfunden zu haben. Es ist eine reine Illusion, mit weniger Beitrag mehr Leistung und gleichzeitig noch stabile(re) Beiträge erreichen zu wollen. Wer so etwas behauptet, täuscht für mein Verständnis neue Kunden und potentielle Interessenten bewusst. Nach dem „Spannungsdreieck der PKV“ © Thorulf Müller, ist eine gleichzeitige Erfüllung aller drei Bedürfnisse nicht möglich. Das scheint auch dem MV dann schnell klar geworden zu sein, denn ergänzt wird die Aussage durch:

„Mit dem Tarif „Altersbeitragsentlastung“ kann zusätzlich für günstige Beiträge im Rentenalter gesorgt werden.“

Hier sollte das „kann“ durch „muss“ ersetzt werden, denn anders wird es nicht finanzierbar. Damit stimmt aber die erste Aussage schon nicht mehr, geht ja gut los.

Doch um die Qualität einer Krankenversicherung nun detaillierter bewerten zu können, ist es zwingend erforderlich die Leistungen in den Versicherungsbedingungen zu hinterfragen. Dazu liegen meiner Analyse die folgenden Bedingungen zugrunde.

Musterbedingungen 2009, Münchener Verein, Teil I (Stand 2013)

Allgemeine Tarifbedingungen des Münchner Vereins, Tarife MasterCare (881/882)
(Stand 10/2018, Druckstück 1 00 41 55/00)

Beide können Sie als pdf Dateien über den Downloadbereich unter <http://www.online-pkv.de> direkt herunterladen und sich diese detailliert anschauen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Münchener Vereins gelten somit auch für andere Tarife, die Tarifbedingungen nur für die neuen „Master Care“ Tarife.

Tarifmodell, Selbstbeteiligung und „Innovation“

Angeboten werden diese Tarife, so der Münchener Verein, mit einem innovativen Modell in der Selbstbeteiligung. Innovativ ist das sicher, fragt sich nur für wen.

Dazu hat sich ein kluger Kopf bei der Tarifentwicklung überlegt, wie man wohl dem Kunden möglichst viel Eigenanteil aufbürden kann. Nur so ist zu erklären, wie das folgende Modell der Selbstbeteiligung zu Stande kommt.

Dabei hat sich der Münchener Verein überlegt, wie man den Versicherten möglichst gut mit Kosten belasten kann. Bis Ihr das Alter vierzig vollendet habt, erwarten Euch je nach Tarif eine Selbstbeteiligung von 480 EUR oder 960 EUR. Doch mit dem 41. Geburtstag, oft da wo es dann durchaus einmal mit höheren Kosten losgehen kann, wird die SB einmal verdoppelt. Hier werden schnell Kosten auf den Kunden abgewälzt, ohne das sich die Prämie des Tarifes ändert. Auch ein Modell, welches hoffentlich keine Schule macht.

Gerade in der Tarif 882 sind dann immerhin 1.920 EUR pro Jahr erstmal allein zu zahlen, was auf den Monat gesehen schnell 160 EUR Mehrbeitrag sind. Ab dem 71. Lebensjahr kehrt der Tarif dann automatisch wieder in die alte SB Stufe zurück.

Ausgenommen von der SB sind immer die Vorsorgeuntersuchungen (gem. A, Ziffer 2), Schutzimpfungen so in den Bedingungen definiert, eine ambulante Entbindung und Vorsorgeleistungen beim Zahnarzt.

Nur die tatsächlich als solche bezeichnete Selbstbeteiligung ist keineswegs alles. Der Münchener Verein hat noch einiges an versteckten Kosten in die Bedingungen geschrieben und erhöht damit die mögliche Belastung im Krankheitsfall durchaus nochmals.

Klar, solange nichts passiert ist alles toll, aber wehe wenn. Zunächst einmal will der Tarif keinen Topschutz abbilden, denn sonst wären die Kosten für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen nicht auf den Höchstsatz der GOÄ gedeckelt. Das ist durchaus ein Ansatz und der Kunde kennt und weiß es vorher und kann sich somit darauf einstellen. Muss man wollen, spricht aber nichts dagegen es so zu machen.

Wer die private Krankenversicherung als leistungsfähigen Schutz sucht, der wird hier von einer anderen Regelung sicher eher wenig angetan sein. Verordnet der Arzt ein Medikament, so sind die Generika und nicht die originalen Präparate die Wahl. Erstattet wird nur eines der drei preisgünstigsten Medikamente. Also in der Apotheke immer schön nachfragen, welche Preise die anderen Medikamente haben und aufpassen bei der Auswahl, auch hier stehen sonst schnell weitere Eigenanteile im Raum. Bestimmte, medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind aber genannt und helfen zum Beispiel Patienten mit Magen-/Darmerkrankungen die Nährstoffzufuhr sicherzustellen.

Psychotherapie, Heilpraktiker, Heil- und Hilfsmittel

Auch bei der Psychotherapie hat der Münchener Verein gleich zwei Grenzen eingebaut. Einmal die zusätzliche 25% Eigenbeteiligung, dann zudem eine Begrenzung auf 50 Sitzungen pro Versicherungsjahr. Klar, der Handwerker (das ist laut Versicherer die Zielgruppe) hat ja meist gar keine psychischen Probleme, da kann man einmal schnell $\frac{1}{4}$ der Kosten allein tragen, wenn es denn einmal so ist, oder etwa nicht?

Auch den Heilpraktikern vertraut man nur so bedingt, denn wie ist es sonst zu erklären, hier eine 50% Erstattung und zudem noch eine Grenze von 1.000 EUR pro Jahr einzubauen? Mit all diesen

Formulierungen und Beschränkungen rückt der Versicherer vom erklärten Ziel „deutlich besserer Schutz im Vergleich zur GKV“ immer weiter ab.

Kurios und damit das Ziel komplett verfehlt hat der Münchener Verein es dann mit der Regelung für Hilfsmittel, also die, die zwar seltener aber dann mit hohen Kosten auftreten. Hier geht es in der Krankenversicherung um eine hochwertige Versorgung im Worst-Case und damit der Sicherung der Existenz. Der Handwerker wird ohne eine sinnvolle Prothese nicht einmal mehr auf den Bau kommen, geschweige denn etwas arbeiten oder kontrollieren können.

Korrekt hat der Versicherer hier bei den Hilfsmitteln gleich mehrere Vorteile- leider für sich und nicht für den Kunden- in die Bedingungen eingebaut. Glücklicherweise hat man zumindest all die Hilfsmittel, welche im Katalog der GKV enthalten sind, in die eigenen Bedingungen übernommen und tut dieses auch in der Zukunft dynamisch. Blöd nur, wenn Hilfsmittel dort herausfallen, nicht rein genommen werden oder wurden und einfach dort nicht erstattungsfähig sind. Doch auch die Begrenzungen sind mehr als fragwürdig.

2.500 EUR maximale Leistung für einen (elektrischen) Rollstuhl? Wenn Sie das nächste Mal durch die Stadt laufen, schauen Sie einmal bei einem Sanitätshaus ins Schaufenster und lassen sich den Betrag auf der Zunge zergehen. Aber selbst dann ist die Erstattung auf 75% beschränkt, somit bleiben auch hier wieder hunderte, eher tausende Euro bei dem Handwerker übrig. Wird ein teures Hilfsmittel nicht über den Services des Versicherers gekauft, erhöht sich der Eigenanteil auf 30%, es wird also immer besser. Da bringt es auch wenig, dass der Versicherer die Eigenanteile auf den- vom Gesetzgeber vorgeschriebenen- 5.000 EUR Betrag deckelt.

Interessant ist auch die Formulierung:

„Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel, deren Kosten die Pflegeversicherung zu erstatten hat.“

Was passiert wohl, wenn die Pflegeversicherung es müsste, aber einfach aus anderen Gründen verweigert?

Brillen bis 150 EUR alle zwei Jahre und Operationen der Augen bis 1.000 EUR pro Auge sind da noch am ehestens zu verschmerzen. Hörgeräte dürfen auch nicht mehr kosten, bei 1.500 EUR ist auch hier die Erstattung des Versicherers zu Ende.

Doch schauen wir noch in eine andere Richtung, nicht die HILFS- sondern die HEILMITTEL. Klar, eine Massage zahlt man schnell mal allein, ist ja nicht so teuer. Doch fragen Sie einen Patienten nach Schlaganfall oder Herzinfarkt einmal, wie oft er dann bei Ergotherapeuten, Logotherapie und Krankengymnastik verbringt... Da sind 25% Eigenanteil auch hier schnell wieder durchaus große Batzen Geld.

Hier findet sich zudem noch eine andere Begrenzung und die wird dann nicht mehr von dem Deckel des Gesetzgebers erfasst. Es gelten immer die Beihilfehöchstsätze als maximale Grenze der Erstattung, dieses findet sich in diversen Bereichen der Bedingungen. Rechnet Ihr Heilbehandler aber mehr ab, weil er eben in München in der Innenstadt sitzt und nicht irgendwo auf dem platten Land, dann ist dem so. Entweder Sie gehen woanders hin (wenn Sie es vorher mitbekommen), oder Sie bleiben auch hier auf den Kosten sitzen.

Für eine logopädische Behandlung liegt der Höchstsatz in den Beihilfesätzen bei knapp 53 EUR für eine 45 Minuten dauernde Behandlung. Rechnet Ihr Behandler aber nun 65 EUR ab, wird der Eigenanteil wie folgt berechnet.

65 EUR Kosten – max. 53 EUR Erstattung = 12 EUR Eigenanteil pro Sitzung
dazu kommen 25% Eigenanteil, es werden nur 75% der 53 EUR erstattet = 13,25 EUR

Während also 65 EUR an den Logopäden zu zahlen sind, bekommen Sie ganze 39,75 EUR erstattet. Hier heißt es also schnell, nicht den besten, sondern einen Logopäden nehmen, der zu den Beihilfesätzen behandeln will.

Bei ambulanten Kuren hat sich der Versicherer zu einer Erstattung der Heilmittel- und Behandlungskosten wie bei einer ambulanten Versorgung hinreißen lassen, auch hier gelten dann die bereits besprochenen Höchstsätze der Beihilfe. Kinderwunschbehandlungen sind an konkrete Vorgaben zum Alter und der Art der Behandlung geknüpft und begrenzt. Details finden sich auf der Seite 4 der Tarifbedingungen.

Ab ins Krankenhaus- oder besser nicht?

Auch bei der stationären Versorgung ist es ganz hilfreich, sich die Bedingungen einmal genauer anzusehen. Der Versicherer leistet generell für die Regelleistungen (also das Mehrbettzimmer und die Regelversorgung) und darauf aufbauend auch für das Zweibettzimmer als Wahlleistung. Bei der ärztlichen Leistung, also die Kosten, welche durch die Behandlung entstehen, ist auch hier der bereits ambulant bekannte Deckel vorhanden. Bei dem Höchstsatz der Gebührenordnung ist auch hier Schluss, eine Honorarvereinbarung mit dem Arzt sollte also nicht geschlossen werden, dann warten auch hier wieder hohe Eigenanteile.

Wird es ganz schlimm, so leistet der Versicherer auch bei einer Unterbringung im stationären Hospiz. Nutzen Sie im Krankenhaus versicherte Leistungen nicht, so bietet der Versicherer hierfür ein Ersatztagegeld an. 30 EUR bei Verzicht auf den selbst ausgewählten Arzt, weitere 20 EUR wenn auf das Zweibettzimmer verzichtet wird.

Die stationären Leistungen sind somit im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung durchaus hochwertiger, wenn auch sicher nicht „top“.

Was nun, wenn der Zahn schmerzt?

Natürlich muss eine Krankenversicherung auch dann leisten, wenn es die Zähne betrifft. Auch der Master Care Tarif tut dieses, auch hier wieder maximal bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung. Dabei wird generell zwischen Zahnbehandlung, Prophylaxe und Zahnersatz unterschieden und hier die Erstattung auf 100, 100 und 75% begrenzt. Wobei HALT, da fehlt noch eine Grenze, denn mit zusätzlichen Beschränkungen und Begrenzungen hat man es ja hier anscheinend.

Während die Zahnhöchstgrenzen (für alle Leistungen) im ersten und zweiten Jahr mit 1.000 und dann im dritten und vierten Jahr mit 2.000 EUR noch verständlich sind, ist es danach deutlich komplizierter.

Allen Ernstes gilt hier ab dem 5. Jahr eine Höchstgrenze von 7.500 EUR pro Versicherungsjahr und das als absolute und feste Grenze. Wer also größere Zahnmaßnahmen plant, der muss und sollte

diese auf mehrere Jahre verteilen um nicht auf Kosten (zusätzlich zu den 25% Eigenanteil) sitzen zu bleiben. Zudem verhandeln Sie vorher mit Ihrem Zahnarzt, denn erstattet werden nur die so genannten „ortsüblichen Kosten“.

Wechselrechte

Ohne neue Wartezeiten und ebenfalls ohne eine Gesundheitsprüfung können Versicherte der Master Care Tarifstufe 882 (960/1920/960 EUR SB) zum 01. 01. in die kleinere SB Stufe wechseln. Dieses ist jedoch nur zum Ende des 3. Versicherungsjahres und dann alle durch drei teilbaren Jahre möglich, wenn dieses jeweils zum 15.12. beantragt wird.

Schüler/ Personen in Ausbildung haben zudem das Recht ohne Gesundheitsprüfung den Tarif umzustellen und bei Fortführung ein Krankentagegeld dazu zu versichern. Details dazu unter Punkt F der Tarifbedingungen.

Können bestehende Kunden in die neuen Tarife wechseln?

Nach dem, in Paragraph 204 VVG geregelten Tarifwechselrecht kann auch ein Bestandskunde wechseln. Zu beachten sind hierbei die erforderliche Gesundheitsprüfung für die Mehrleistungen und / oder ein entsprechender Verzicht auf die verbesserten Leistungen des neuen Tarifs

Keine Leistungen – Geld zurück

Klar, mit Speck fängt man Mäuse und mit Beitragsrückerstattungsversprechen Kunden. Funktioniert leider immer und immer wieder und selbst dann, wenn diese nicht garantiert und steuerschädlich sind.

Einige Kosten sind zudem unschädlich und verhindern trotz Erstattung nicht die Auszahlung einer solchen Rückerstattung. Dieses sind neben den Kosten der Vorsorge (nach A, Ziffer 2) auch die Kosten für die definierten Schutzimpfungen, eine ambulante Entbindung oder aber Prophylaxe beim Zahnarzt.

Wie bei vielen Versicherern handelt es sich hier um eine erfolgsabhängige Rückerstattung, also an den Erfolg des Versicherers gebunden. Kein Erfolg = keine Rückerstattung.

Beispielprämien

Um eine Vorstellung von der Prämie zu bekommen, hier einige kurze Beispiele. Dabei ist zu beachten, die Zielgruppe sind Handwerker, so der Münchner Verein, welche besseren aber billigeren Schutz im Vergleich zur GKV suchen.

Zunächst einmal die Variante 881, also 480 EUR SB (41.-71. Lebensjahr dann 960 EUR)

- - Kinder zahlen für den Schutz 164,92 EUR
- - Erwachsene mit 30 Jahren 443,92 EUR inklusive 10% Vorsorgezuschlag

Dann noch die Tarife 882, also 960 EUR SB und ab dem 41.-71. Jahr dann 1.920 EUR

- - Kinder zahlen für den Schutz 110,15 EUR
- - Erwachsene mit 30 Jahren 353,20 inklusive 10% Vorsorgezuschlag

Bei Erwachsenen wären dann noch Bausteine wie das Krankentagegeld und ggf. Kosten für Kuren versicherbar, ebenso empfiehlt der Münchener Verein den Abschluss einer Beitragsentlastungskomponente, damit der Tarif bezahlbar bleibt. (Ein Schelm wer Böses dabei denkt).

Im Vergleich zu Mitbewerbern bieten die Tarife auf den ersten Blick einen recht guten Preis, der ist aber in der PKV nur zweitwichtig. Durch die hohen Eigenanteile und die verdoppelte SB in den Jahre, wo wirklich Kosten anfallen, macht es die Master Care Tarife deutlich weniger marktfähig.

Auch die vielen versteckten Selbstbeteiligungen erhöhen den Monatsbeitrag im schlimmsten Fall um weitere 80 oder 160 EUR absolut und viele Euro bei Inanspruchnahme der PKV. Aber dafür braucht es die PKV doch eigentlich?

Fazit

Schaut man sich die Werbeaussagen und die Presseerklärungen an, so hat hier in München anscheinend jemand das Unmögliche geschafft und verspricht mehr Leistung, weniger Beitrag und eine solide Beitragsentwicklung. Um zu wissen, das das nicht gehen kann, braucht es kein Studium der Versicherungsmathematik.

Frech ist hingegen schon der [Werbeprospekt](#) des Tarifs. Dort werden zunächst die Leistungen des Master Care vorgestellt, bei dem Rechenbeispiel für das Alter wird aber dann der Bonus Care Advance (861) zur Modellrechnung herangezogen. So recht scheint auch der Versicherer seinem Versprechen nicht zu trauen und nutzt schnell mal einen anderen Tarif, in den der Kunde mit Leistungsunterschieden im Alter wechseln soll(te).

Auch Leistungen wie ein Terminservice oder eine Zweitmeinung sind weder neu noch innovativ, machen sich aber in der Werbung ganz gut.

Ihr Sven Hennig

Presseinformationen:

Die S.H.C. GmbH mit Ihrem Geschäftsführer Sven Hennig hat sich als Versicherungsmakler seit über 18 Jahren auf die Beratung in den Bereichen Private Kranken(zusatz)Versicherung, Absicherung der Arbeitskraft bei Berufsunfähigkeit und Vorsorge spezialisiert.

Die Beratungen erfolgen bundesweit via Telefon, Onlineberatung, Skype, Chat oder E-Mail. Der Geschäftsführer Sven Hennig ist seit 1996 in der als Berater aktiv und als Autor vieler Fachartikel bekannt.

Seit Anfang des Jahres 2000 betreibt Hr. Hennig unter <http://www.online-pkv.de> eine umfangreiche Sammlung an Blogartikeln, Vordrucken, Musterformularen und vielen Informationen rund um die beratenen Themen.

Nach einem dritten Platz in 2017, wurde der Blog von Sven Hennig im Jahre 2018 als „bestes Versicherungsblog Deutschlands“ ausgezeichnet und hatte im Jahr 2017 über 2,5 Millionen Aufrufe.