



Sehr geehrte Leser der Finanz-News,

heute erhielt ich eine Mitteilung der Inter Krankenversicherung, man habe einen neuen Tarif auf den Markt gebracht welcher „höchste Leistungsansprüche mit niedrigem Beitrag verbindet“.

Geht denn das? Ich kann mich erinnern, gelernt zu haben, es gäbe in der Privaten Krankenversicherung grundsätzlich drei elementare Punkte.

Leistung - Beitragsstabilität - Preis

Dabei können immer nur zwei von drei Punkten erfüllt sein. Wenn hier nun augenscheinlich der erste und letzte Punkt erfüllt sein sollen, ist es dann der andere nicht?

Also werde ich mir mal zunächst die Leistungen des Tarifes anschauen und dabei auf die Bedingungsansagen achten, denn nur diese sind langfristig verbindlich. Ob ein Versicherer heute mehr als er muss eben aus Kulanz leistet spielt hierbei keine Rolle. Zum Ersten darf er keinerlei Kulanz leisten, zum Anderen entscheide ich mich doch bewusst für ein bestimmtes Leistungsspektrum und erwarte keine Leistung außerhalb dieser Bereiche.

Diese Zusammenstellung soll jedoch keine Wertung des Tarifes sein, denn jeder mag sich für den Versicherungsschutz entscheiden den er für sich für richtig hält- Sie sollten nur wissen für was Sie sich entscheiden.

In der Privaten Krankenversicherung gibt es eben keinen guten oder schlechten Tarif, weshalb ich auch die Frage nach dem „besten“ Krankenversicherer nicht beantworten kann. Nur einen auf den Versicherten passenden Tarif kann es geben und der ist bei jedem- wie die Ansprüche- unterschiedlich.

Das Prinzip des Tarifes „INTER- SafeLine® -SL“ ist nicht neu. Der Tarif enthält generell eine Selbstbeteiligung von 3.000 EUR pro Jahr, welche für z. Bsp. Unfälle oder schwere Krankheiten (welche genau und klar definiert sind) entfällt.

Sind innerhalb von 24 Monaten nach einem Unfall Behandlungen nötig, so entfällt für diese Behandlungen unter den genannten Voraussetzungen die Selbstbeteiligung. (vgl. Teil III AVB, 2.2) Auch hat der Versicherer eine Liste mit 22 Krankheiten, ICD Diagnosen und umfangreichen Beschreibungen aufgeführt bei denen die vertragliche Selbstbeteiligung entfällt. Persönlich finde ich diese Aufstellung, wie auch die Bedingungen in vielen Bereichen gut gelungen und klar formuliert. Durch den Einschluss des Tarifes KHTK (Krankenhaustagegeld) soll eine verminderte oder keine Selbstbeteiligung bei stationären Aufenthalten erreicht werden. Über den Sinn einer solchen Gestaltung mag jeder seine eigene Meinung haben, ich persönlich finde es unpassend.

Die Inter hat sich am Markt orientiert und sich in der Gestaltung der Bedingungen bemüht diese klar und ausführlich zu beschreiben. Nicht in jedem Punkt ist dieses gelungen, aber der richtige Ansatz ist zu erkennen.

Ein etwas ungewöhnlicher Leistungsbaustein ist die Beitragsfreiheit bei Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III). In diesem Fall wird der Vertrag nach den Bedingungen beitragsfrei weiter geführt. (vgl. Teil III AVB, 2.3)

Erst einmal gilt der Versicherungsschutz weltweit. (vgl. Teil II §1 Abs. 2,3) Die Inter stellt auch klar, dass eine Wohnsitzverlegung nicht angenommen wird, wenn sich der Versicherte max. 6 Monate im Ausland aufhält. Mehrere Aufenthalte werden jedoch zusammen gerechnet, sollten nicht mind. zwei aufeinanderfolgende Monate dazwischen liegen. Ab Vollendung der Geburt besteht Versicherungsschutz auch für das nachversicherte Neugeborene, Geburtsschäden und angeborene Krankheiten und Gebrechen werden extra genannt und in den Schutz einbezogen. Wartezeiten entfallen generell bei dem Tarif SL.

Positiv hervorzuheben sind die folgenden Punkte:

- Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen von den dort zugelassenen Heilbehandlern erstattungsfähig, soweit diese nach den dort geltenden Abrechnungsbestimmungen berechnet sind. Das schafft eine klare Regelung und vermeidet böse Überraschungen bei Umrechnung auf deutsche Sätze.
- In gemischten Anstalten besteht bei Notfalleinweisung, aber auch wenn es sich um das einzige geeignete Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten handelt Versicherungsschutz. Auch Anschlussheilbehandlungen und Kuren nach Teil III Abschnitt B Nr. 1.2.1. d sind hier erstattungsfähig.
- Die Kurortklausel entfällt.
- Der Ausschluss der kriegerischen Ereignisse entfällt unter bestimmten Voraussetzungen (vgl. Teil II §5 Abs. 1). So besteht der Versicherungsschutz falls bis zum dritten Tag vor dem Versicherungsfall keine Reisewarnung bestand und mind. einer der in den Bedingungen genannten, weiteren Punkte erfüllt ist. Entweder es fanden keine kriegerischen Ereignisse mehr statt oder der Versicherte war am Verlassen des Landes gehindert und hatte drauf keinen Einfluss.
- Auf die Anzeigepflicht bei Krankenhausbehandlungen wird verzichtet.

Als positiv ist auch zu bewerten wann eine Anpassung der Beiträge erfolgen kann. Bei der Gegenüberstellung der tatsächlichen zu den kalkulierten Beiträgen muss nicht mehr abgewartet werden bis diese um 10% abweichen. Bereits bei einer Veränderung von 5% kann eine Anpassung vorgenommen werden, wie dieses auch bei der Änderung der Sterbewahrscheinlichkeiten der Fall ist. So ist ein flexibles reagieren auf Kostenveränderungen möglich.

In den Bedingungen ist dem Versicherungsnehmer das Recht zur Umwandlung in eine Zusatzversicherung eingeräumt. Dieses ist an festgelegte Voraussetzungen geknüpft. So darf der Zusatztarif auch in Teilbereichen nicht umfangreicher sein als der bisherige Tarif und die Frist zur Umwandlung muss eingehalten werden. Schade das der Versicherer nur auf das Kündigungsrecht in der Vollversicherung verzichtet, denn was nützt die beste Umwandlung wenn der Versicherer nach der nächsten Rechnungseinreichung kündigen kann. (vgl. Teil I §14)

Das genannte Optionsrecht nach dem dritten und fünften Jahr ermöglicht eine Verbesserung des Versicherungsschutzes in andere Tarife ohne Wartezeiten und neue Risikoprüfung. Achten Sie hier auf die zweimonatige Frist zur Nutzung dieser Option.

Legen wir das Augenmerk nun auf die einzelnen Leistungsaussagen, welche ich hier nur kurz ansprechen möchte, da eine vollständige Bewertung stark von den persönlichen Ansprüchen abhängig ist.

Ambulanter Bereich:

Vorsorgeuntersuchungen gehören nach gesetzlich eingeführten Programmen zum Versicherungsschutz. Auch „übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender Erkrankungen werden eingeschlossen. Weitere ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung erhalten einen Zuschuss von max. 250 EUR innerhalb eines Jahres. Die Kosten für LASIK OPs sind zwar genannt, werden aber nur dann geleistet wenn die Sehschwäche durch andere Maßnahmen wie Brille oder Kontaktlinsen nicht ausgeglichen werden kann, was der Versicherte nachweisen muss. Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe sind erstattungsfähig. (vgl. Teil III §1 Abs. 1.1.1. d)

Gut gelöst sind die Medikamentenerstattungen. Auch bestimmte, medikamentenähnliche Präparate werden genannt und sind erstattungsfähig, wenn diese zur Vermeidung oder Milderung von schweren Enzymmangelkrankungen nötig sind. (Morbus Crohn, Mukoviszidose) Fahrtkosten im ambulanten Bereich werden auch bei Chemotherapie etc. gezahlt und vermeiden somit hohe Eigenbeteiligungen.

Der Heilmittelkatalog ist umfangreich und nennt auch Logopädie und Ergotherapie. Die Erstattung erfolgt zu 90%, jedoch mit einer Begrenzung des Eigenanteils aus max. 50 EUR pro Person und Jahr.

Erstattungen von max. 1.500 EUR für einen Krankenfahrstuhl sind dürftig, die gesamte Aufzählung der Hilfsmittel und die separate Nennung der lebenserhaltenden Hilfsmittel jedoch gut gelöst. Kosten für die Wartung und Pflege sind nicht erstattungsfähig aber bei dem Preis des Versicherungsschutzes kann man auch nicht alles erwarten.

Bei den ärztlichen Honoraren, die auch über die Höchstsätze erstattet werden ist eine angemessene Lösung gefunden. Heilpraktiker sind ebenfalls nach der geltenden Gebührenordnung bis max. 2.500 EUR pro Jahr leistungspflichtig, Methoden der besonderen Therapieeinrichtungen (genannt in einer separaten Anlage) sind auch enthalten. Hier erfolgt die Erstattung jedoch zu 75%, ebenso wie bei den Kosten für eine ambulante Psychotherapie.

Stationäre Leistungen:

Hier werden neben den allgemeinen Krankenhausleistungen auch solche für Wahlleistungen (1 Bett Zimmer und privatärztliche Leistungen) im Tarif genannt. Bei einer Klinik die nicht an die gesetzlichen Abrechnungsmethoden (KHG/ KHEntgG/ BPfIV) erfolgen Erstattungen unter Berücksichtigung der Angemessenheit- diese ist gegeben wenn die entstandenen Kosten nicht mehr als 50% abweichen.

Der Transport vom Krankenhaus ist leider begrenzt auf 100 km. Hierbei ist die Beschränkung jedoch relativiert indem mindestens das nächsterreichbare und geeignete Krankenhaus geleistet wird. Auch bei den Leistungen für die Anschlussheilbehandlung wird klar definiert bei welchen Krankheitsbildern diese aus Versicherersicht erforderlich ist. Ob das ausreichend ist mag jeder für sich selbst entscheiden.

Zahnärztliche Leistungen und weitere Leistungsbereiche:

Die zahnärztlichen Leistungen können als gut bezeichnet werden, an die Höchstgrenzen der Summenbegrenzung muss man sich gewöhnen, diese sind kumuliert auf die ersten 48 Monate. Das vorhandene Preisverzeichnis ist als Anlage zu den Bedingungen verfügbar und sollte vor Vertrags-/ Behandlungsbeginn mit einem Zahnarzt Ihres Vertrauens besprochen werden. Die Erstattungssätze liegen mit 100% für die Zahnbehandlungen und 75% für den Zahnersatz und die Kieferorthopädie (nur bis zum 18. Lebensjahr) im marktüblichen Bereich. (Preisverzeichnis beachten!)

Alles in allem handelt es sich bei dem Tarif SL der Inter Krankenversicherung um einen Tarif mit einer hohen Selbstbeteiligung welche bei Unfällen oder schweren Erkrankungen entfällt.

Ob dieser Tarif für Sie der richtige und geeignete ist kann nur eine persönliche Beratung klären. Neben der reinen Betrachtung der Leistungen gemäß Bedingungen sind auch verschiedene andere Faktoren wie die persönliche, berufliche und finanzielle Situation zu betrachten.

Die Bedingungen für diesen Tarif können Sie per Mail gern bei mir oder direkt bei dem Versicherer anfordern.

Alle kursiv und unterstrichen dargestellten Begriffe sind im Glossar erklärt. Diesen können Sie über den folgenden Link direkt aufrufen: <http://www.online-pkv.de/26-0-Glossar.html>

Mit freundlichen Grüßen aus Bergen

Sven Hennig

Presseinformation:

Sven Hennig ist Geschäftsführer der S.H.C. GmbH, einem Spezialmakler für die Private Krankenversicherung und die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit. Die S.H.C. GmbH hat sich auf die bundesweite Beratung mittels Telefon, Online-Beratung und E-Mail spezialisiert und sichert damit eine bundesweite Verfügbarkeit auf hohem Qualitätsniveau. Mit etwa 500 Kunden ist Sven Hennig einer wenigen Spezialmakler für die PKV und BU Absicherung. Kontaktieren können Sie Herrn Hennig und seine Mitarbeiter unter Tel. 03838 / 30 75 33 oder im Internet: <http://www.online-pkv.de>

Neben seiner Maklertätigkeit ist Hr. Hennig im PremiumCircle (<http://www.premiuimcircle.de>) verantwortlich für die Mitgliederbetreuung der unabhängigen Makler.