



Sehr geehrte Leser,

herzlich willkommen zu einer neuen Ausgabe. Ja, wieder eine Ausgabe zu einer Tarif(neu)einführung eines Tarifes in der privaten Krankenversicherung. Sie wissen ja, totgesagte leben länger und so vertrauen die Unternehmen darauf, langfristig im dualen System zu bleiben und entwickeln sich daher auch weiter. Konkret schauen wir uns nun die neuste Kreation der Axa Krankenversicherung an, einem Unternehmen, welches es in der Vergangenheit aus verschiedenen Gründen sicher eher nicht leicht hatte. Das liegt nicht zuletzt in fehlendem Verständnis für den Markt, sondern auch ein teilweise eigenwilliges Verständnis von Kundenbeziehung und Vertrauen. Doch heute geht es um den

ActiveMe 2019 – der neue Krankenvolltarif

ActiveMe- schon der Name klingt nach Vitalität, Aktivität, Sport und Moderne, oder finden Sie nicht? Die Axa möchte sich hiermit nicht unbedingt als Versicherer und Kostenerstatter im Krankheitsfall positionieren, eher als aktiver Begleiter, hipper und moderner und natürlich vor allem digital gut aufgestellter Partner. Ob es gelingt und welche Tarifleistungen hinter dem bunten Marketing stehen, das schauen wir uns nun einmal genauer an.

Bisher war die Axa eher weniger positiv aufgefallen. Aktuelle Tarife und deren Entwicklungen, Versagen in der Kalkulation und vieles mehr. Aber das kann und muss besser werden, hat man sich sicher in Köln auch vorgenommen und kommt daher mit einem gänzlich neuen Tarif.

Inhalt:

| | |
|---|---|
| Werbung und Wirklichkeit | 2 |
| Tarifmodell, Selbstbeteiligung und „Innovation“ | 3 |
| Psychotherapie, Heilpraktiker | 5 |
| Heilmittel, Hilfsmittel, ambulante Kosten | 5 |
| Ab ins Krankenhaus- oder besser nicht? | 6 |
| Was nun, wenn der Zahn schmerzt? | 6 |
| Optionsrechte | 6 |
| Beiträge für Musterkunden, Beitragsrückerstattung | 7 |
| Fazit | 7 |
| Presseinformationen | 8 |

Werbung und Wirklichkeit

Mit Werbeaussagen zu dem neuen Tarif und bahnbrechenden Innovationen wollte man schon vorab Interesse schüren. Auch in den Fachinformationen und in dem, was vorab „verraten wurde“ ging es vorrangig um die Botschaft: „Wir sind neu, modern, hipp und Partner für die neue Generation.“

„ActiveMe erfüllt die Kundenerwartungen an eine moderne Krankenversicherung mit einem neuen, innovativen und digitalen Angebot.

Darauf zahlen insbesondere digitale Services, wie zum Beispiel der Online-Arzt und Gesundheits-Apps, die der Therapiebegleitung dienen, ein.“, heißt es in einer Information der Axa.

Interessant daran, wenn Sie sich einmal etwas eingehender mit dem Markt der Krankenversicherer beschäftigen, fast alles davon gibt es schon. Versicherer nutzen Angebote der Online-/ Videosprechstunde, kooperieren mit Anbietern telemedizinischer Dienstleistungen und unterstützen die Kunden mit Programmen und Services bei der Heilung. Aber klar, etwas Klappern gehört zum Geschäft und natürlich ist man digitaler, neuer, moderner und fitter im Vergleich zu den Mitbewerbern.

Interessanter ist aber, was davon genau in die Bedingungen gekommen ist, was Marketing bleibt und welche Bausteine sich in rechtssicherer und einklagbare Ansprüche verwandeln.

Auch wirbt die Axa damit, man habe sich zukünftig eine „langfristige Stabilität“ und eine stetige und nicht in großen, aber unregelmäßigen Schritten vorkommende Beitragsentwicklung auf die Fahnen geschrieben. Diese „faire Kalkulation“ erreiche man damit, dass der so genannte „auslösende Faktor“ nun bei drei statt fünf Prozent liegt.

Super Idee, denn dadurch lassen sich Beiträge bei Bedarf früher anpassen und große Sprünge (die Axa hatte sich mit +30% und mehr in einigen Tarifen deutlich verkalkuliert) glätten. Warum man das in den alten Tarifen nicht gemacht hat? Nun, da waren die Regeln anders und Anpassungen waren erst bei fünf, oder in ganz alten Tarifen erst bei zehn Prozent möglich.

Mit den Vorgaben, also

- hipp, modern, innovativ
- digitale Services
- innovative Beitragsrückerstattung und Boni
- Focus auf Prävention und Vorsorge

möchte die Axa Krankenversicherung mit dem ActiveMe Tarif punkten.

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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Gesundheitsversicherung (AVB(KGV) 2019, Axa Krankenversicherung, Teil I (Stand 04/2019, VQ123, 21011868)

Allgemeine Tarifbedingungen der Axa, Tarif ActiveMe-U
(Stand 04/2019, Druckstück VQ185, 21011869)

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 der Axa, sowie die Tarifbedingungen sind somit neu und nur für diese Tarife geschrieben bzw. angepasst worden.

Tarifmodell, Selbstbeteiligung und „Innovation“

Die Axa hat sich- wie andere Anbieter auch- für ein Modell mit einer prozentualen Selbstbeteiligung entschieden. Hier sollen höhere Kostenbelastungen am Jahresanfang vermieden werden.

So besitzt der Tarif eine Erstattung der entsprechenden Kosten in Höhe von 80%, statt der Vollerstattung. Damit fallen 20% als Selbstbeteiligung an, werden aber auf eine maximale Eigenbeteiligung von 500 EUR pro Jahr gedeckelt. Aber Achtung, ganz so wie es scheint ist es dann doch nicht. In den Bedingungen finden sich weitere Eigenanteile und Beteiligungen, welche hier nicht erfasst sind, dazu später mehr.

Interessant ist auch, der Tarif ActiveMe bietet nur Leistungen für die Bereiche der ambulanten und stationären Versorgung. Im Zahnbereich braucht man anscheinend nach Meinung der Axa keine Innovation und kein „ActiveMe“, nur so ist es zu erklären, dass hier die alten Zahnbausteine als Partner und Ersatz erhalten müssen, welcher der Kunde dazu versichern kann.

Auch bei den Optionen oder Veränderungen hat man sich diesen „Kniff“ zunutze gemacht, wie Sie später lesen werden.

Um nicht gleich wieder aus dem Ruder zu laufen, mussten mehr oder minder innovative Einschränkungen her, welche dem Tarif, besser dem Versicherer die Möglichkeit geben, Leistungen zu kürzen und/ oder zu beschränken.

So werden Leistungen auch abseits der Selbstbeteiligung nur dann zu 100% erstattet, wenn Sie zuerst einen Gesundheitslotsen aufsuchen. Ja, das Wort ist eine Kreation der Axa, Hausarztmodell klingt für die hippe und moderne Zielgruppe wohl zu profan.

In der Praxis bedeutet das also: Suchen Sie nicht zuerst einen der genannten Behandler (nachzulesen Seite 1 der Tarifbedingungen, Abschnitt 1 (A) 1) auf, dann bleiben Sie mit einer weiteren Selbstbeteiligung von 20% an den Kosten beteiligt.

Wer also nicht möchte, das er zuerst zum Hausarzt, einem Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung oder den anderen genannten Behandlern gehen muss, der lässt bitte die Finger vom ActiveMe.

Falls Sie sich jetzt schon ausmalen, wie Sie erst zum Facharzt gehen und am folgenden Tag die Sprechstundenhilfe des Hausarztes von einer rückdatierten Überweisung überzeugen möchten, vergessen Sie es gleich wieder. Selbst Ihr schönstes Lächeln wird wenig bringen, denn eine Erstbehandlungsrechnung und nicht die Überweisung bringen Ihnen die 20% höhere Erstattung. Der Besuch und das Abholen einer Überweisung reichen somit nicht aus, der Hausarzt muss auch behandeln und das abrechnen.

Regelungen für die Folgebehandlungen und eventuelle Heilungsmöglichkeiten hat man sich aber gespart, schließlich sollen die Bedingungen auch nicht zu viel Text enthalten.

Bei den Medikamenten ist es ähnlich. Auch hier wird streng festgelegt, welches Präparat Sie bekommen dürfen, falls Sie Wert auf eine volle Erstattung legen. Es dürfen dabei nur Generika verordnet werden und eben nicht das Originalpräparat. Ausnahmen sind sehr eng geregelt und müssen medizinisch begründet werden. Regelungen dazu ebenfalls auf der ersten Seite der Tarifbestimmungen.

Nachdem der Tarif mit innovativen Leistungen in der Vorsorge beworben wurde, wundert mich dann eine Aussage wie „100% für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen“ dann schon. Warum? Nicht weil die Vorsorge nach dem, was der Gesetzgeber für sinnvoll enthält schlecht wäre, sondern weil die Innovation fehlt.

Es ist eine geringfügige Verbesserung der Leistungen der GKV, da hier auf Altersgrenzen verzichtet wird, innovativ ist aber hieran nichts.

Oder doch, Stopp! Zwei Präventionskurse mit einer Gesamtleistung von 200 EUR pro Jahr werden ebenfalls außerhalb der Selbstbeteiligung erstattet.

Für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen gelten die Höchstsätze der Gebührenordnung als obere Grenze. Bei Erstattungen über den Höchstsatz (3,5fach) sind diese nur dann zu erstatten, wenn es sich um eine stationäre Behandlung mit einem Wahlleistungsvertrag handelt. Wer sich ambulant von Ärzten mittels einer Honorarvereinbarung behandeln lassen möchte, benötigt eine Zustimmung des Versicherers. Dieser kann, muss eine solche aber nicht geben. Eine vergleichbare Begrenzung gilt bei den Heilpraktikern, hier natürlich mit Bezug auf die GebüH.

Letztere sind jedoch zusätzlich gedeckelt. Beträge über 1.000 EUR pro Jahr für den Heilpraktiker werden durch die Axa in diesem Tarif nicht erstattet.

Auch bei Erkrankung eines Kindes hat sich die Axa etwas überlegt. Was als „Kinderkrankengeld“ aus der GKV bekannt ist (und meist überschätzt, weil die Begrenzungen nicht beachtet werden), dass möchte die Axa auch. OK, der Versuch ist so mittel gelungen. Versichert ist eine sogenannte Betreuungspauschale. Diese wird dann und nur dann gezahlt, wenn:

- das Kind nach diesem Tarif versichert ist
- UND das Elternteil auch bei der AXA versichert ist
- das Kind noch keine 12 Jahre alt ist
- kein anderer das Kind betreuen kann und eine solche Betreuung ärztlich erforderlich ist

Und wer nun einen echten Ersatz von Verdienstausschlag erwartet, leider nein. Es werden 200 EUR als Pauschale gezahlt, falls die Betreuung / Erkrankung mindestens schon vier Tage andauert. Dieser Betrag auch maximal einmal pro Jahr. Also eher ein „gut gedacht, statt gut gemacht“.

Bonuszahlungen sind zudem möglich bei Nichtrauchern, einem passenden BMI, Teilnahme an Impfungen, Sport oder Blutspenden oder bei Patientenprogrammen bei bestimmten Erkrankungen.

Psychotherapie, Heilpraktiker, Heil- und Hilfsmittel

Auch bei der Psychotherapie hat die Axa eine Grenze gezogen. Hier ist die Erstattung generell auf einen Satz von 80% begrenzt und schafft auch hier eine zusätzliche Eigenbeteiligung von 20%.

Aufsuchen lassen sich jedoch auch die Psychologischen Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, solange diese approbiert sind. Eine weitere Begrenzung auf bestimmte Anzahlen von Sitzungen hat die Axa hier aber nicht einbaut.

Auch bei den Hilfsmitteln unterliegt der Tarif natürlich Beschränkungen und Vorgaben. So finden Sie in dem §5 unter Absatz 4 die entsprechenden Regelungen. Nach dortigen Regeln sind Hilfsmittel zunächst in einer offenen Formulierung erstattungsfähig, danach folgen einige Einschränkungen.

- Elektronische Lesegeräte max. 2.450 EUR
- Hörgeräte max. 1.450 EUR
- Perücken bis 520 EUR und nur bei bestimmten Indikationen
- Bewegungsschienen bis max. 600 EUR p. Versicherungsjahr
- aber TENS Geräte bis 150 EUR

Zudem KANN (muss aber nicht) der Versicherer diese absoluten Grenzen anpassen. Absolute Grenzen sind generell und immer zu beachten, da diese eben auch in Jahren noch gelten. Nehmen Sie gern einmal die oben genannten Zahlen und laufen in das nächste Sanitätshaus oder zu einem Hörgerätehersteller. Danach schauen wir weiter.

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

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

Brillen bis 250 EUR alle zwei Jahre und Operationen der Augen bis 1.000 EUR pro Auge sind da noch am ehestens zu verschmerzen. Auch hier ist die 1.000 EUR Grenze nicht schlimm, der Rest ist eben Eigenanteil. Das sollte und muss man nur wissen.

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 20% Eigenanteil auch hier schnell wieder durchaus große Batzen Geld. Positiv, die 20% Eigenanteil entfallen, bei Kosten über 1.600 EUR pro Jahr und dämpfen damit den Eigenanteil. Aber auch hier: Es ist eine weitere Eigenbeteiligung von max. 320 EUR, welche zusätzlich zu tragen ist.

Hier findet sich zudem noch eine andere Begrenzung und die wird dann nicht mehr von dem Deckel des Gesetzgebers erfasst. Es gelten immer die Höchstsätze aus der AXA Heilmittelliste als maximale Grenze der Erstattung. 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.

Bei Kurleistungen ist der Versicherer generell außen vor, Reha und Anschlussheilbehandlung sind genannt und nur durch die genauen Formulierungen und Beschränkungen gedeckelt. Auch sollten Sie sich genau an die Kriterien halten. Beginnt eine Anschlussheilbehandlung nicht binnen vier Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt und ist eine Ausnahme nicht vereinbart, erlischt der Anspruch.

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, sind hier auch Wahlleistungen über der GOÄ möglich, anders als in der ambulanten Versorgung.

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 Ersatztagelohn an. 40 EUR bei Verzicht auf den selbst ausgewählten Arzt, weitere 30 EUR wenn auf das Zweibettzimmer verzichtet wird.

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

Für Kinder gelten zudem Rooming In Leistungen, wenn diese noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet haben und Sie diese nicht allein ins Krankenhaus schicken möchten. Auch wenn die Entbindung nicht im Krankenhaus stattfindet und der Versicherer dadurch weniger Kosten hat, folgt eine Beteiligung. 1.000 EUR als Pauschale bietet man Ihnen dann an.

Was nun, wenn der Zahn schmerzt?

Pech gehabt. Also zumindest aus diesem Tarif. Eine Leistung für Zahnbehandlung oder Zahnersatz ist hier nicht enthalten. Dazu muss einer der bereits bei der Axa vorhandenen Zusatzbausteine versichert werden.

Wechselrechte

Bevor wir uns nun Umwandlungsrechte und Optionen anschauen, machen wir uns doch noch einmal klar, wer die Zielgruppe ist. Der Tarif soll „jung, hipp, modern und innovativ sein“, passend zur Zielgruppe der jungen Erwachsenen, jungen Selbstständigen oder Versicherten beim Berufseinstieg und nach dem Studium.

Dafür und weil sich das Leben eben weder im beruflichen noch privaten Bereich stetig bewegt, braucht es Optionen und Anpassungen. Auch die Axa hat auf der Seite 6 der Tarifbedingungen solche Umwandlungsoptionen genannt.

Der erste große Dämpfer kommt schon im zweiten Absatz. Tarife, welche auch Zahnersatzleistungen enthalten, können für einen Wechsel nicht genutzt werden. Nun hat die

Axa auch im Vital oder EL keine Zahnleistungen, aber das wäre auch besser gegangen. Eine Beschränkung auf Leistungen aus dem versicherten Zahntarif hätte es auch getan, aber egal.

Weiterhin haben Kinder im Rahmen der Kindernachversicherung kein Umwandlungsrecht nach 6 Jahren, wie es sonst den erstmalig im Tarif versicherten Kunden zusteht.

Die weiteren Umwandlungsrechte bestehen zum Beispiel bei Heirat, Ende der Ausbildung, Berufsausbildung des Kindes (da nur einmal pro Kind) und auch anderen Terminen und Statuswechseln. Zu beachten sind die teilweise unterschiedlichen Fristen.

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.

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.

ActiveMe der Axa

- Erwachsene mit 30 Jahren 365,88 EUR inklusive 10% Vorsorgezuschlag, dazu kommen je nach Leistungswunsch 51- 76 EUR mtl. für den Zahnschutz

Dazu kommen dann noch Bausteine wie das Krankentagegeld und ggf. Kosten für Kuren versicherbar, ebenso empfiehlt die Axa in den Abschluss einer Beitragsentlastungskomponente, damit der Tarif bezahlbar bleibt.

Man hat sich sogar explizit einen Satz in die Bedingungen geschrieben. Man sei berechtigt, dem Versicherungsnehmer jeweils im dritten Jahr ein befristetes Angebot auf Beitragsentlastung zu machen. (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. Das relativiert sich wieder, rechnet man den meist benötigten Zahnbaustein dazu und bildet dann ein Gesamtpaket. So erreichen wir auch für den 30jährigen Angestellten marktübliche Preise, teilweise sogar etwas darunter.

Aber mit dem Preis in der PKV ist das so eine Sache. Leider wird auch heute noch immer und immer wieder auf den heutigen Zahlbeitrag geschaut.

Fazit

Zunächst noch einen Blick auf eine andere Formulierung, welche ich noch nicht ansprach. Die Axa hat natürlich, allein schon weil man es dann bewerben kann, eine Beitragsbefreiung bei Elternzeit. Zumindest schreibt man das.

Schauen wir uns die Regelungen dann unter Punkt E.) in den Tarifbedingungen an, werden schnell die Einschränkungen klar.

*Während der **ersten 2 Monate des Bezuges von Elterngeld** reduziert sich der für diesen Tarif zu zahlende monatliche Beitrag um 50%. Die Beitragsreduzierung gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht und nur, wenn für die Person keine besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung bestehen. Der Antrag auf Reduzierung des Beitrages ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn des Elterngeldes zu stellen und nachzuweisen. Die Beitragsreduktion ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung dieses Tarifes die Schwangerschaft bereits festgestellt oder das Kind bereits entbunden wurde.*

ZWEI ganze Monate und zudem natürlich nur für den Tarif selbst, nicht für den Zahnschutz, nicht für andere Bausteine. Aber klar, bewerben kann man es nun natürlich.

In Summe betrachtet ist der Tarif ganz nett und sicher durchaus eine Option für bisher AXA Versicherte. In der Hoffnung hier die Beiträge besser in den Griff zu bekommen und die Kalkulation sauber durchdacht zu haben, keine so schlechte Wahl.

Innovationen suche ich auch nach dem dritten Lesen noch. Neu ist außer ein wenig Bonus, der Zuschuss zu einer App (z.Bsp. bei Tinitus, 19 EUR monatlich nach ärztlicher Verordnung) oder auch einem Bonus bei Nichtrauchern nicht wirklich etwas.

Was hier als Innovation verkauft und angekündigt wird, haben auch andere Mitbewerber, teilweise sogar schon lange.

Bonuszahlungen sind möglich bei Nichtrauchern, einem passenden BMI, Teilnahme an Impfungen, Sport oder Blutspenden oder bei Patientenprogrammen bei bestimmten Erkrankungen.

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.