



Sehr geehrte Leser der Finanz-News,

es gibt auch in diesem Jahr wieder Neuerungen in der Tarifwelt der Privaten Krankenversicherungen und wie es die Leser dieses Newsletters gewöhnt sind, werde ich versuchen Ihnen auch zu diesen Tarifen einige Einblicke und Hintergründe zu liefern.

Es geht um die Einführung der neuen Marke der MANNHEIMER Krankenversicherung.

Getreu der Strategie als Zielgruppen- und Premiumversicherer ist man auch bei den Produkten der Krankenversicherung der Markenstrategie treu geblieben. Daher werden diese, nun beschriebenen Tarife unter der einheitlichen Marke „PURISMA ®“ vermarktet.

Spontan fiel mir beim ersten Hören dieses Namens erst einmal der erste Teil des Wortes, also „PUR“ auf und ich assoziierte spontan mit „einfach“. Einfach nicht im Sinne der Leistungen, sondern „einfach“ im Sinne von klaren, auch für den Laien verständlichen Aussagen.

Damit öffnet man sich dem Verbraucher und verfolgt das Ziel von klaren und verständlichen, eben puren Aussagen. Wie das gelungen ist lesen Sie nun. Lassen Sie uns zunächst einen Blick auf das Unternehmen werfen, da hier wohl in einigen Köpfen noch Vorurteile vorhanden sind, die es zum Teil in der Form nicht gibt.

Die Mannheimer Krankenversicherung ist eine 100%ige Tochter des österreichischen [UNIQA](#) Konzerns, die dort zu den führenden Versicherern zählt und über einen Marktanteil von 25% (bzw. ca. 50% in der Krankenversicherung) verfügt. Das Neukundenwachstum im Jahre 2007 betrug bei der Mannheimer Krankenversicherung AG ca. 40%. Weitere Informationen können Sie unschwer nachlesen oder bei mir gern nachfragen.

Wenn wir den bisherigen Markt der Tarife betrachten, so fällt auf, daß es Einstiegs- oder Basistarife gibt, und Tarife mit so genannten Hochleistungsschutz. Je mehr ich an Leistung erwarte und versichern möchte, desto besser werden die Bedingungen, desto genauer die Formulierungen und so präziser und umfangreicher die Leistungs- und Tarifaussagen.

Das große Problem der vermeintlich günstigen Basistarife ist, daß existenzielle Leistungen schlichtweg nicht enthalten sind. Warum aber soll jemand der sich für einen solchen Einstiegstarif entscheidet mit so großen und unkalkulierbaren Leistungslücken leben, die sich gerade diese Zielgruppe nicht leisten kann. Natürlich sind die Systeme (GKV/ PKV) nicht vergleichbar, aber man sollte sich Gedanken machen ob man auf Leistungen, welche in den gesetzlichen Leistungen enthalten sind, verzichten möchte um sich in Tarife zu begeben (und davon gibt es einige am Markt), welche den Namen „Krankenversicherung“ nicht verdient haben.

Mit „PURISMA ®“ geht man hier einen neuen und innovativen Weg. Es gibt drei Tarifmodelle „Relax“, „Pro“ und „Max“. Einer der entscheidenden Unterschiede zu bisherigen Tarifsystemen ist jedoch, dass alle drei Varianten die **elementaren Leistungen abdecken** und somit unkalkulierbare Risiken einschließen. Hierzu einige Beispiele:

Es gibt in allen Tarifvarianten eine 6 monatige Weltgeltung mit zeitlich unbefristeter Verpflichtung zur Verlängerung seitens des Versicherers.

Diese Verpflichtung (ggf. gegen Beitragszuschlag) des Versicherers ist bedingungsgemäß festgeschrieben und stellt somit einen einklagbaren Anspruch dar.

Hier ein Auszug aus den Bedingungen §5 AHB 2008

(3) Außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums besteht Versicherungsschutz für Auslandsaufenthalte, die jeweils - auch mit Unterbrechungen - eine Dauer von 6 Monaten nicht überschreiten, sofern nicht eine besondere Vereinbarung nach Nr. 4 getroffen wurde. Für innerhalb dieser Frist im Ausland eingetretene Versicherungsfälle bleibt der Versicherungsschutz jedoch auch nach Ablauf dieser Frist so lange bestehen, bis unter medizinischen Aspekten eine Rückkehr der Versicherten Person nach Deutschland möglich ist.

*(4) Der Versicherer **verpflichtet** sich, mit dem Versicherungsnehmer eine solche Vereinbarung zu treffen, wenn die versicherte Person auch während der Dauer ihres Auslandsaufenthalts noch einen Wohnsitz - auch einen Zweitwohnsitz - in Deutschland unterhält. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der den Umständen des jeweiligen Aufenthaltslandes Rechnung trägt. Die Vereinbarung kann befristet werden.*

*c) Beantragt der Versicherungsnehmer vor Ablauf einer **befristeten Vereinbarung eine weitere Fortsetzung des Versicherungsschutzes, gilt Nr. 4 b) entsprechend.***

Ein weiteres Novum, gerade im Segment der Basis- und Einstiegstarife ist die weltweit freie Arztwahl und der Verzicht auf Meldefristen für Krankenhausaufenthalte. Für Behandlungen im Ausland gilt eine Erstattungsregelung nach den im Aufenthaltsland geltenden Abrechnungsbestimmungen. Somit wird hier auf eine Anlehnung an die deutsche GOÄ, die im Ausland für den dort ansässigen Arzt oder sonstige Heilbehandler nicht wirklich relevant ist, verzichtet. Der Tarif PURISMA Relax stellt zwar die Einstiegsvariante in die Purisma-Welt dar, sieht jedoch - in Abgrenzung zu den am Markt üblichen Einsteiger-Tarifen – im stationären Bereich bereits die Stationären Regel- und Wahlleistungen vor (2-Bettzimmer mit privatärztlicher Behandlung).

Ein weiterer Knackpunkt in vielen Tarifen liegt derzeit in der Zustimmungspflichtung des Versicherers **vor** Aufhalten in gemischten Anstalten (Kliniken die neben der Behandlung von Akutpatienten auch Kurbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten durchführen). Die PURISMA[®] Tarife haben eine vorbildliche Regelung, ohne schriftliche Leistungszusage bei **Notfalleinweisungen**, bei **ausschließlich medizinisch notwendigen, und stationären** Behandlungen oder Anschlussheilbehandlungen (Fristen beachten). (vgl. §9 Nr. 4)

Auch für weitere Bereiche, wie die Kindernachversicherung, die Lösungen für Vorsorgebehandlungen und das Wechselrecht hat man hier erstmals innovative Lösungen gefunden, welche so bisher am Markt der Privaten Krankenversicherung nicht vorhanden, oder nicht in den Einstiegstarifen vorhanden waren.

Die Kindernachversicherung ab Geburt ist mit einem einmaligen freien Tarifwechselrecht innerhalb der PurismaWelt möglich, wobei **vertraglich garantiert auch der bestmögliche Tarif (Max) gewählt werden kann**, selbst dann wenn die Eltern nur in der Tarifstufe Relax versichert sind. Somit ist gewährleistet, dass für das Kind die optimale Absicherung gewählt werden kann. Das Kind wird bedingungsgemäß (§6 (1)) „**so wie geboren**“ versichert. Somit sind angeborene Erkrankungen, Gebrechen und Anomalien eingeschlossen.

Bei den Vorsorgelösungen und Schutzimpfungen gibt es zwischen den Tarifvarianten natürlich unterschiedliche Regelungen. **Werden im Relax zwar 100%, aber nur die gesetzlich eingeführten Programme erstattet, entfällt diese Einschränkung ab der Pro Serie.** Bei der Hochleistungsvariante Max ist dieser Leistungsbaustein dann sogar zu 100% und ohne die jährliche Limitierung von 500 EUR p.a.

versichert, so dass hier umfangreiche Untersuchungen möglich sein sollten. Schutzimpfungen werden als eigener Leistungsbaustein generell vollständig erstattet.

In vielen Tarifen der Privaten Krankenversicherung haben wir mehr oder weniger umfangreiche Hilfsmittelkataloge. Dieses führt, gerade bei großen Hilfsmitteln zu hohen Kosten, wenn eben das entsprechende Hilfsmittel (zum Beispiel: Heimdialysegeräte, Brustprothesen, Prothesen für das Gesicht, künstliche Augen, Arm-/ Beinersatz) nicht genannt wurde. Dann besteht durch den privaten Krankenversicherer keinerlei Leistung. Da aber der Bereich Hilfsmittel zum einen elementar für die Absicherung ist, zum anderen aber hohe Kosten verursachen kann, ging man hier einen anderen Weg.

Es besteht in allen drei Varianten (§9, 1.7) eine offene Hilfsmittelbeschreibung und somit Versicherungsschutz für alle medizinisch notwendigen Hilfsmittel. Je nach Tarif sind zum Teil Einschränkungen in der Erstattungshöhe oder eine Limitierung auf Mietkosten vorhanden. Genau regelt man es bedingungsgemäß wie folgt:

Ersetzt werden Aufwendungen für die Anschaffung, die Wiederbeschaffung und die Reparatur von medizinisch notwendigen Hilfsmitteln, die von einem Arzt verordnet sind.

Bei Hilfsmitteln mit einem Wert von mehr als EUR 250,00 empfiehlt es sich, vorab eine Leistungszusage des Versicherers einzuholen. Im Interesse des Versicherungsnehmers prüft der Versicherer dann bereits vor der Anschaffung auch, ob unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person und des Preis-/Leistungsverhältnisses des Hilfsmittels gegebenenfalls ein alternatives Hilfsmittel in Betracht kommt.

Bei den Hilfsmitteln Gehilfen, Krankenfahrstühle und Stützapparate, die bestimmungsgemäß nicht als höchstpersönliche Hilfsmittel angesehen werden können, kann der Versicherer die Kostenerstattung auf die Aufwendungen beschränken, die für die Miete eines vergleichbaren Hilfsmittels entstehen.

Die Tarife unterscheiden sich dennoch, nämlich in der Höhe der Erstattungen. **Während in der Basisvariante nur 65% erstattet werden, steigert sich dieses auf 75% bzw. 100%.** Somit ist auch für den preisbewussten Kunden ein Tarif mit einem umfassenden Hilfsmittelschutz, natürlich mit entsprechender Eigenbeteiligung, möglich.

Abschließen möchte ich jedoch nicht, ohne die **Wechseloptionen** und das **Umwandlungsrecht** angesprochen zu haben. Dabei ist zu beachten, dass es zwei Arten von Wechseloptionen gibt. Die erste betrifft den **Wechsel in niedrigere Selbstbeteiligungsstufen**, was ja eine Leistungsverbesserung darstellt und somit in der Regel einer neuen Risikoprüfung unterliegt und die zweite die Möglichkeiten des Wechsels der Tarifstufen, also von Relax in PRO oder MAX oder von Pro in Max. Erste Option (SB Reduzierung) ist immer dann möglich, **wenn eine Beitragsanpassung stattfand und eine mind. 24 monatige Vorversicherungszeit erfüllt wurde.**

Die Wechselmöglichkeit innerhalb der Tarifstufen besteht aus zwei Optionen, einmal innerhalb der ersten 15 Jahre, dann in den folgenden 15 Jahren ein weiteres Mal, wobei das Höchstalter von 55 zu beachten ist.

Durch diese Regelung wird hier ein so genanntes „lebensbegleitendes Modell“ ermöglicht, denn wer weiss schon heute wie sein persönlicher Bedarf in den kommenden 15 bis 30 Jahren aussehen wird.

Nun möchte ich noch einige Worte zu den unterschiedlichen, den so genannten Mehrleistungen verlieren, denn diese machen den entsprechenden Gestaltungsspielraum deutlich und folgen dem Ziel einer eigenverantwortlichen Gesundheitsvorsorge.

So werden dem Kunden kalkulierbare und feste Eigenbeteiligungen angeboten, welche alle ein Ziel haben. Es soll ein Schutz bei elementaren Risiken vorhanden sein, der durch prämienreduzierende Eigenanteile ergänzt wird, insbesondere in den Leistungsbereichen, die erfahrungsgemäß von Ausnutzungstendenzen bedroht sind und/ oder keine existenziellen Leistungen (in Art oder auch Höhe) darstellen.

So wird im Relax die Leistung im ambulanten Bereich auf den 2,3 fachen Satz der Gebührenordnung beschränkt, im stationären Bereich entfällt diese Begrenzung. Auch die ersten 30 Sitzungen bei einem Psychotherapeuten werden im Relax nicht, danach zu 50% geleistet. In der nächsthöheren Tarifvariante liegen die Erstattungen dann bei den Höchstsätzen der GOÄ und die Psychotherapieleistung bei 50% ab der ersten Sitzung, jeweils ohne Begrenzung der Sitzungszahl.

Was gibt es sonst zu beachten?

In der Relax Variante gibt es keine Erstattung von ambulanten Transportkosten, für den stationären Bereich werden die Kosten jedoch vorbildlich zum „nächstgelegenen geeigneten“ Krankenhaus erstattet, wobei hier glücklicherweise nicht von Fahrten sondern von Transporten die Rede ist und somit auch der Flug mit dem Helikopter eingeschlossen ist.

Die Erstattung von Medikamenten ist auf den Bereich der verschreibungspflichtigen Medikamente (nicht im MAX) begrenzt, aber auch auf die nach §7 genannten, sonstigen Behandlungsmethoden (zum Beispiel Anthroposophische Medizin, Antihomotoxische Medizin, Ayurveda (mit Ausnahme der Transzendentalen Meditation), Bioenergetische Medizin und Regulationsmedizin: Akupunktur, Akupressur, Bioelektrische Funktionsdiagnostik (BFD) ...) ausgedehnt. Heilpraktische Leistungen werden zu 50 oder 80%, begrenzt auf 1.000/ 2.000 EUR erstattet. Im Relax ist diese Leistung nicht mitversichert.

Zu beachten sind noch die vorhandenen Wartezeiten von 8 Monaten für Entbindungen und Zahn, welche in dem höchstmöglichen Tarif (Max)gestrichen wurden.

Selbstbeteiligungen:

Angeboten werden die Tarife jeweils mit 0, 600 und 1.200 EUR jährlicher Selbstbeteiligung, wobei sich diese **nur auf den ambulanten Bereich** erstreckt. In der Großschadenvariante des MAX mit einer SB von 3.000 EUR gilt die SB über alle Bereiche. (ambulant/ stationär/ Zahn).

FAZIT:

Aus meiner Überzeugung ist dieses Tarifwerk das erste am Markt der deutschen, privaten Krankenversicherung, mit dem es gelungen ist ein Modell zu schaffen, bei dem auch in der Basisvariante die existenziellen Kernleistungen (die der durchschnittlich vorgebildete Kunde, so schrieb es mal der BGH, eigentlich schon immer als gegeben voraussetzte) enthalten sind.

Es ist gelungen ein sauberes und klar formuliertes Bedingungsnetz zu schaffen und die Eigenbeteiligung in den für den Versicherten kalkulierbaren Teilbereichen zu fördern. Durch die umfangreichen Optionen und Anpassungsmöglichkeiten ist- aus meiner Sicht- der teilweise längerfristig nicht kalkulierbaren Lebensentwicklung Rechnung getragen- dem Versicherten wird ein tatsächlich „lebensbegleitender“ Versicherungsschutz geboten.

Für die Versicherten ist ein interessantes Produkt entstanden. Für den Berater handelt es sich um ein Produkt welches es möglich macht bisherige Haftungspotentiale zu minimieren.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Beratung Ihrer Kunden und Ihnen, falls Sie Kunde sind,

einen Berater der versteht was er tut, wenn er Ihnen etwas zum Thema Private Krankenversicherung erzählt.

Bei Fragen sprechen Sie mich gern an.

Sven Hennig
Mitgliederbetreuung im PremiumCircle
Spezialmakler PKV, Altersvorsorge und BU
Tel. (0 3838) 30 75 33 oder (07000) 38 44 66 9
<http://www.online-pkv.de>

Zum Autor:

Sven Hennig ist seit 11 Jahren in der Versicherungsbranche tätig und dort seit dem Jahre 2000 ausschließlich in der Beratung zur Privaten Krankenversicherung und Berufsunfähigkeitsabsicherung.

Seit Beginn 2007 ist er im Maklernetzwerk PremiumCircle (<http://www.premiumcircle.de>) organisiert, bei dem es sich um einen Zusammenschluss von Qualitätsmaklern für die Bereiche PKV und BU handelt. Unter anderem wurde die Premiumsoftware (<http://www.premiumsoftware.de>) dort als Instrument für die Bedingungsauswertung der Privaten KV entwickelt und wird von den Mitgliedern wie auch externen Lizenznehmern und Produktentwicklern der Assekuranz genutzt.

Aktuell ist Hr. Hennig neben seiner Tätigkeit als Spezialmakler auch für die Mitgliederbetreuung im Maklernetzwerk mitverantwortlich.