



Sehr geehrte Leser der Finanz-News,

in den letzten Wochen und Monaten gab es eine Reihe von Klarstellungen und Verbesserungen bei vielen Versicherern in der privaten Krankenversicherung. So richtig neue Tarife gab es aber wenige, was verschiedene Gründe hat.

Doch zum 01. 04. 2012 ändert sich das wieder etwas und die Bayrische Beamtenkrankenkasse AG (BBKK) und die Union Krankenversicherung führen einen neuen Tarif in ihrem Tarifportfolio ein. Es handelt sich um den neuen **GESUNDHEIT COMFORT Tarif**. Schauen wir uns einmal an, ob der Tarif hält, was der Name uns suggerieren möchte.

Grundlagen:

Dem Tarif (und diesem Kommentar) liegen die folgenden Druckstücke und Bedingungen zu Grunde:

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/VT), Stand 01. 04. 2012, SAP-Nr. 319366

Tarifbedingungen Gesundheit Comfort 300/ 900/ 1200, Stand 01. 04. 2012, SAP-Nr. 330804

Tarifbedingungen Zahn 1/2/3. Stand 01. 04. 2012, SAP-Nr. 330811, 330812, 330813

Tarifstruktur:

Bei dem neuen Gesundheit Comfort Tarif handelt es sich zunächst einmal um einen so genannten Kompakttarif. Dieser deckt die Bereiche der ambulanten, stationären und zahnärztlichen Behandlung ab, kann aber durch einen speziellen Baustein für Zahnersatz noch ergänzt werden. Dazu stehen drei verschiedene Tarifbausteine zur Verfügung, welche mit Zahn 1-3 bezeichnet sind. Ein Wechsel zwischen den Bausteinen ist absteigend (von 3 – 1) ohne Gesundheitsprüfung möglich, da dieses eine Verschlechterung der Leistung bedeutet, eine aufsteigender Wechsel bedeutet eine neue Risikoprüfung.

Angeboten wird der Tarif gleichzeitig von der **Union Krankenversicherung AG (UKV) und der Bayrischen Beamtenkrankenkasse (BBKK)**. Wie die bisherigen Tarifwerke auch, muss der Kunde bei Antragstellung entscheiden, bei welchem Risikoträger er versichert sein möchte. Ein Wechsel ist dann während der Vertragslaufzeit nicht möglich. Beitragsanpassungen und Änderungen der Sterbewahrscheinlichkeit werden jedoch gemeinsam durchgeführt, so dass es fast egal ist bei welchem Unternehmen der Kunde sich versichert hat.

Zielgruppe:

Der Tarif kann von **Angestellten, Arbeitern und auch Selbstständigen und Freiberuflern** abgeschlossen werden. In der Anlage zu den Tarifbedingungen finden sich jedoch nicht versicherbare Berufe. Analog den Klassifizierungen der Bundesagentur für Arbeit sind zum Beispiel alle Berg- und Tagebauberufe, aber auch Hoch- und Tiefbau nicht versicherbar. Die Liste kann bei Beitragsanpassungen vom Versicherer angepasst werden, jedoch nur für neue Kunden. Bestandskunden bleiben natürlich in dem Tarif und werden auch nicht vor die Tür gesetzt.

Für Personen in Berufsausbildung, Schüler, Studenten oder nicht berufstätige Ehepartner (bis 34.J) gelten die reduzierten Prämien des Tarif Gesundheit Comfort „A“. Dabei ist darauf zu achten, dass eine Umstellung je nach erreichtem Alter stattfindet.

Die Tarifleistungen:

Die Leistungen des Tarifes richten sich sowohl nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Teil I und II, werden dann aber durch die Tarifbedingungen weiter spezifiziert.

Angeboten werden unterschiedliche Stufen der Selbstbeteiligung. Diese kann 300, 900 oder 1.200 EUR betragen und gelten für alle Bereiche gleichermaßen. (Zahnersatz aus dem Zahn 1-3 Zusatztarif ist davon jedoch nicht betroffen). Auch präventive ärztliche Untersuchungen und prophylaktische zahnärztliche Leistungen sind hiervon nicht betroffen, jedoch müssen diese dazu im Verzeichnis des Versicherers aufgeführt sein. Das Verzeichnis befindet sich in der Anlage zu den Versicherungsbedingungen.

Positiv hervorzuheben ist die Tatsache, dass Neugeborene nicht nur **mit allen Geburtsschäden und angeborenen Gebrechen** versichert sind, auch das diese einen **beliebige Selbstbeteiligungsstufe** wählen können macht Sinn. Gerade wenn die Eltern in hohen SB Stufen versichert sind, machen diese doch für das Kind oft wenig Sinn.

Zuerst schauen wir uns den Geltungsbereich an. **Wo also genau gilt der Versicherungsschutz** und was passiert bei einer Änderung des Wohnsitzes?

Zunächst besteht **Versicherungsschutz in Europa**. Der Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland ist in den Tarifbedingungen aber verbessert worden. Ohne eine besondere Vereinbarung kann der Versicherte 2 Monate im außereuropäischen Ausland sein. Ist dieser danach nicht in der Lage, die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten zu können, so werden 2 weitere Monate drangehen. Doch auch danach kann es ja sein, dass der Patient nicht transportiert werden kann und auch dafür hat der Versicherer eine Lösung gefunden. Bei Transportunfähigkeit besteht der Schutz solange weiter, bis Transportfähigkeit gegeben ist. Damit ist diese Lösung sauber und nachvollziehbar.

Wer sich nun entschließt, sich **längerfristig im außereuropäischen Ausland aufzuhalten (Wegzug)**, dem stehen zunächst 12 Monate zur Verfügung. Es besteht ein **Recht** auf Fortführung des Versicherungsschutzes, ggf. gegen Beitragszuschlag. Wie hoch dieser Zuschlag dann ist, verrät der Versicherer nicht und fordert weiter eine Anzeigepflicht bis 4 Wochen vor Beginn des Aufenthaltes. Hier sollte sich der Kunde also rechtzeitig informieren und entscheiden ob dieses für ihn wichtig ist. Schade, dass es keine Liste der Länder und damit vorher festgelegte Zuschläge gibt.

Bei den ambulanten Leistungen bietet der Tarif eine solide Grundlage, welche mit einigen Besonderheiten versehen ist. **Vorsorgeuntersuchungen** sind nach den gesetzlich eingeführten Programmen versichert, auf die Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle wird jedoch verzichtet. Das ist nicht marktführend, für viele Ansprüche aber sicher durchaus ausreichend. **Impfungen**, so diese nicht der Auslandsreise dienen oder beruflich veranlasst sind, werden nach den Vorgaben der Ständigen Impfkommission (STIKO) erstattet.

Positiv sind aber zwei weitere Leistungsbausteine. Versichert sind im Tarif die **häusliche ambulante Behandlungspflege** (zum Beispiel den täglichen Besuch einer Krankenschwester nach einer stationären Behandlung, um Medikamente zu verabreichen, Verbände zu wechseln etc.) und auch die ambulante **Palliativversorgung** gemäß § 37b SGB V.

Auch an detaillierte Regelungen zur **künstlichen Befruchtung** hat der Versicherer gedacht, wobei gerade hier einige Formulierungen verwandt sind, welche man durchaus hätte besser machen können. Demnach sind die Versuche auf je 3 Inseminationen oder 3 IVF oder ICSI Behandlungen begrenzt und an strenge Voraussetzungen geknüpft. Nur wenn der Versicherte auch der „Verursacher“ ist und bei ihm eine organisch bedingte Sterilität vorliegt, dieser dazu nicht älter als 40 (Frauen) oder 50 (Männer) und eine Erfolgswahrscheinlichkeit von mehr als 15% besteht, ist eine Erstattung der Kosten überhaupt möglich.

Arzneimittel und Sondennahrung (bei künstlicher Ernährung mittels Ernährungspumpe) sind an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, um erstattet zu werden. Bei Medikamenten sind diese nur dann zu 100% erstattungsfähig, wenn hierbei Generika verwandt werden. Entscheidet sich der Versicherte dennoch, ein Originalpräparat zu beziehen, so reduziert sich die Erstattung um 20%. Diese Regelung spart natürlich langfristig Kosten, belastet den Versicherten aber bei Nichtbeachtung.

Die **Honorare für ärztliche und zahnärztliche Leistungen** sind gemäß den Vorgaben der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig und bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen (3,5fach) versichert. Nur in medizinisch begründeten Fällen sind bei Operationsleistungen (einschließlich der Anästhesie) erhöhte Honorare bis zum **5fachen Satz** der Gebührenordnung versichert, wenn eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt.

Doch bei den Leistungen der privaten Krankenversicherung sind noch andere Bereiche sehr kostenintensiv und daher wichtig. Der Tarif hat einen geschlossenen Hilfsmittelkatalog, welcher unterschiedliche Erstattungsätze vorliegt. Eine 100% Erstattung besteht zunächst für **Brillengläser und Fassungen und Kontaktlinsen**. Hierbei gilt eine Grenze von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren. Auch die Kosten für eine LASIK Behandlung sind in den Tarifbedingungen ausdrücklich genannt und bis zu einem Betrag von 1.000 EUR je Auge einmal während der Vertragslaufzeit erstattungsfähig. Solche Begrenzung ist, berücksichtigt man die aktuelle Entwicklung vielleicht sogar negativ zu sehen, da die Gerichte immer mehr von einer Leistungspflicht bei Lasik ausgehen (mehr dazu bei mir im Blog). Ist also keine Grenze genannt, gilt diese Behandlung als erstattungsfähig ohne Höchstgrenze.

Bei **Hörhilfen** (einschließlich Otoplastik) ist eine 5-Jahresgrenze vereinbart, diese liegt bei 1.500 EUR pro Ohr. Ebenfalls zu 100% erstattet der Tarif die Kosten für **Prothesen, Epithesen und Kunstaugen**. Warum hier nicht der umfangreichere Begriff der „Körperersatzstücke“ verwendet wurde, weiß wohl nur der zuständige Produktentwickler.

Die nun weiter folgenden Hilfsmittel haben unterschiedliche Erstattungsmöglichkeiten. 100% gibt es nur dann, wenn diese über das Hilfsmittelmanagement des Versicherers bezogen werden, sonst besteht auch hier eine weitere, 20%ige Selbstbeteiligung. Unter Punkt 2.2. der Tarifbedingungen sind die einzelnen **Hilfsmittel detailliert aufgeführt und damit abschließend** geregelt.

Auch wenn hier unter anderem **Absauggeräte, Herz- oder Atemmonitore, Beatmungs- und Inhalationsgeräte** einzeln aufgeführt sind, wäre sicher eine Formulierung wie „alle lebenserhaltende Hilfsmittel“ zeitgemäß. Positiv ist die Tatsache, dass keine weiteren absoluten Betragsgrenzen in den Formulierungen enthalten sind.

Dennoch fehlen eine ganze Reihe von Hilfsmitteln, welche andere Versicherer bereits länger in die Bedingungen aufgenommen haben. Auch einen Blindenhund, Leit- und Lesegeräte für Blinde oder dergleichen fehlen in den Versicherungsbedingungen gänzlich. Auch Haarersatz (oftmals nötig bei Krebspatienten) oder ein künstlicher Kehlkopf ist schlichtweg nicht vorhanden. Weitere kleinere Hilfsmittel wie Bandagen, Blutdruckmessgeräte oder Schuheinlagen sind abschließend genannt und zu 80% im Tarif erstattungsfähig. Positiv ist die Mitversicherung von Reparaturkosten der Hilfsmittel, welches gerade bei teuren Hilfsmitteln nicht unwichtig ist und durchaus höhere Kosten verursachen können.

Die drei noch fehlenden Bereiche in der ambulanten Behandlung sind die Heilmittel, die Psychotherapie und die Fahrkosten. **Psychotherapieleistungen** hat der Versicherer auf 50 Sitzungen pro Kalenderjahr begrenzt und die Gebührensätze der Versicherten Leistungen abschließend genannt. Die Erstattung hierfür beträgt 80%.

Die Behandler bei den **Heilmitteln** sind umfangreich genannt. Nicht nur Logopäden- und Ergotherapeuten, auch Podologen sind genannt. Hier ist jedoch das Heilmittelverzeichnis zu beachten, welches ganz konkrete **Erstattungshöchstsätze für einzelne Behandlungen** festlegt. Die Erstattung beträgt hier zunächst 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 EUR pro Kalenderjahr, danach erhöht sich diese auf 100%. Im Fall von langwierigen Behandlungen ist hier somit eine zusätzliche Eigenbeteiligung von 400 EUR pro Jahr zu beachten. Ebenfalls mit **80%, jedoch ohne Höchstgrenze**, werden die Kosten für **Heilpraktiker** einschl. der verordneten Medikamente erstattet. Wie hoch hier eine Selbstbeteiligung sein kann, ist von der Menge der Behandlungen und Medikamente abhängig.

Die Fahrt zum Arzt können die meisten Versicherten problemlos selbst bezahlen. Jedoch erreichen die Transportkosten gerade bei regelmäßiger **Chemotherapie oder einer Dialyse** schnell Größenordnungen, die finanziell eine Belastung darstellen können. Diese Kosten werden bis zu einem Betrag von 30 EUR (für Hin- und Rückfahrt) auch zu **80% erstattet**.

Stationäre Leistungen:

Die Leistungen bei Behandlungen in **Krankenhäusern** sind nach den Bedingungen natürlich ebenfalls erstattungsfähig. Dabei sind zunächst die allgemeinen Krankenhausleistungen im Versicherungsschutz enthalten und werden erweitert um eine wahlärztliche Versorgung und auch die Unterbringung im Zweibettzimmer. Kliniken die nicht nach den Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes etc. abrechnen (reine Privatkliniken), werden ebenfalls erstattet. Hierbei ist aber darauf zu achten, dass deren Kosten nicht mehr als 50% über den Kosten der „normalen“ Kliniken liegen. Maßgebend hierzu sind die Landesfallbasiswerte des jeweiligen Bundeslandes.

Entscheidet sich der Versicherte für eine Behandlung bei einem **Wahlarzt/ Chefarzt** etc., so sind auch dessen Kosten gemäß den Vorgaben der Gebührenordnung erstattungsfähig. Dabei sind die Höchstsätze (3,5fach) auch hier die Obergrenze, bis auf die Ausnahme der Operationsleistungen die bis zum 5fachen Satz bezahlt werden können.

Auch eine **Psychotherapie** kann nicht nur ambulant, sondern auch **stationär** stattfinden. Die Kosten hierfür werden, wie auch die eben beschriebenen Krankenhausleistungen übernommen. Ambulante Operationen im Krankenhaus sind natürlich ebenfalls Bestandteil der versicherten Leistungen, gerade wo diese in der heutigen Medizin immer mehr zunehmen.

Abgestimmt auf die Palliativversorgung im ambulanten Tarifteil haben die Versicherer die Leistungen für eine voll- aber auch teilstationäre Hospizbehandlung konsequenterweise mit eingeschlossen. Dieses halte ich persönlich für einen sehr wichtigen Leistungsbereich, welcher teilweise deutliche Kosten verursachen kann.

Fahrtkosten zu einer stationären Behandlung sind im Tarif bis zum nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus übernommen. Dabei ist der **Rettungshubschrauber** ebenfalls namentlich genannt, wie auch die ausdrückliche Nennung von Hin- und Rückweg. Abschließend sei hier noch erwähnt, dass die so genannten „Rooming In Leistungen“, also die Mitaufnahme eines Elternteils bei Erkrankung eines Kindes, mitversichert sind.

Doch ein anderer Bereich ist wichtig und entscheidend für einen „guten Tarif“. Um nicht auf hohen Kosten sitzen zu bleiben, sollten die Kosten für eine **Anschlussheilbehandlung** enthalten sein. In unserem Tarif hier sind diese- wenn auch eingeschränkt- versichert. Dabei werden die Kosten zwar zu 100% erstattet, aber nur für so genannte „allgemeine Krankenhausleistungen“. Dabei darf der Versicherte nur die „preiswerteste Zimmerkatagorie“ nutzen. Warum diese Einschränkung und der Verzicht auf Wahlleistungen hier zu finden ist, erschließt sich leider nicht. Die Leistung wird auch nur dann erbracht, wenn kein gesetzlicher Rehaträger leistungspflichtig ist und der Versicherer vorher zugesagt hat. Die Zusage ist eher ungünstig und schränkt die Leistung deutlich ein.

Doch schauen wir uns nun die **Zahnleistungen** an.

Die Zahnbehandlung sieht **100% für Leistungen** der Diagnostik und Anästhesie, zahnchirurgische Maßnahmen und weitere Zahnbehandlungen vor. Auch eine professionelle Zahnreinigung ist in den Bedingungen ausdrücklich genannt und somit versichert. Material- und Laborkosten sind nur im Rahmen des Preis- und Leistungsverzeichnisses erstattungsfähig. Dieses ist sicher eine Leistungseinschränkung und daher eher negativ zu werden, positiv ist nun wieder eine klare Nennung von Beträgen.

Zahnersatzmaßnahmen sind aus diesem Tarif aber nicht versichert, da hierfür die optionalen Tarifbausteine Zahn 1-3 vorhanden sind. Kieferorthopädie für Kinder- und Jugendliche (bis 18) sind wieder versichert, bei Erwachsenen jedoch nur dann, wenn es sich um einen Unfall als Ursache handelt.

Zahntarife ZAHN 1-3:

Je nach persönlichem Versicherungswunsch kann der Kunde sich hier für einen der drei vorhandenen Tarife entscheiden. Diese haben im Überblick folgende Leistungen:

	ZAHN 1	ZAHN 2	ZAHN 3
Kostenerstattung →	50%	75%	90%
pers./ techn./ Labor x-fach	2,3/ 1,8/ 1,15-fach	3,5/ 2,5/ 1,3-fach	3,5/ 2,5/ 1,3-fach
Höchstgrenze 1.-2. Jahr	(3.000 EUR in 3 Jahren)	3.000 EUR	3.000 EUR
- in den ersten drei Jahren	3.000 EUR	6.000 EUR	6.000 EUR
- ab dem 4. Jahr	6.000 EUR in 2 Jahren	keine	keine
Zahnersatz bei Unfall	ohne Höchstgrenze	ohne Höchstgrenze	ohne Höchstgrenze

Versichert werden können die Zahntarife nur als Zusatzbaustein zu dem Tarif Gesundheit Comfort. Ein „Hinzerversichern“ zu anderen Tarifen des Versicherers ist daher genauso wenig möglich, wie das Fortführen bei Ende des Haupttarifes. Der Vorteil eines Extra Tarifes für den Zahnersatz kann darin bestehen, dass Kunden im Alter diesen Tarif ändern oder ganz ausschließen können. Zahnbehandlungsmaßnahmen bleiben dann über den Haupttarif weiterhin versichert, der Zahnersatz hingegen kann ausgeschlossen werden und kostet auch keinen weiteren Beitrag.

Schauen wir uns nun noch einige **allgemeine Regelungen** an, welche sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen wiederfinden:

Bei **Kriegsereignissen** ist der Versicherungsschutz zunächst ausgeschlossen. Bei einem Auslandsaufenthalt besteht jedoch für 7 Tage weiterhin Versicherungsschutz. Die Frist beginnt mit der Bekanntgabe der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes. Ideal wäre eine Verlängerung gewesen, wenn der Kunde nicht ausreisen kann.

Entziehungsmaßnahmen sind nur dann versichert, wenn der Versicherer dieses vor Behandlungsbeginn zugesagt hat und auch nur dann, wenn kein anderer Kostenträger vorhanden ist, welcher diese Behandlung übernehmen kann und wird.

Wird der Versicherte wieder in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) versicherungspflichtig, so kann in eine Zusatzversicherung als Ergänzung umgewandelt werden. Dieses Umwandlungsrecht findet sich in Ergänzung des §13 Absatz 3 MB/KK. Wird eine solche Zusatzversicherung binnen 3 Monaten nach Eintritt der GKV Pflicht beantragt und hat keinen höheren Leistungsumfang wie die Vollversicherung, so findet diese ohne neue Gesundheitsprüfung statt. Besonders wichtig ist dieses dann, wenn bereits

Vorerkrankungen vorhanden sind, welche zu einer Ablehnung oder einem Ausschluss führen würden. Sinnvoll ist der Verzicht auf das Kündigungsrecht in der Zusatzversicherung, denn was nützt ein Umwandlungsrecht, wenn der Versicherer im ersten Leistungsfall kündigen könnte und dann doch keine Zusatzversicherung mehr besteht.

(Beispiel-) Beiträge:

Die Beiträge sind, wie in der privaten Krankenversicherung üblich, nach dem Eintrittsalter berechnet. Damit Sie ein Gefühl bekommen, hier einmal einige Tarifbeispiele:

Eintrittsalter 30J.	bei 300 SB	Männer 321,06 EUR	Frauen 425,46 EUR
	bei 900 SB	Männer 271,28 EUR	Frauen 349,98 EUR

dazu kommen:	ZAHN 1	alle 12,21 EUR
	od. ZAHN 2	35,07 EUR
	od. ZAHN 3	48,52 EUR

Kinder zahlen bei 300 EUR SB	bis 15J. 166,65 EUR, (+ 1,58 EUR für Zahn 3)
	ab 15 J. 160,17 EUR (Männer) und 214,01 EUR Frauen

Zusammenfassung:

Der neue Tarif der Bayrischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung ist ein ausgewogener Tarif ohne großartige Einschnitte geworden. Sicher finden sich auch hier in Teilbereichen Regelungen, die man hätte besser machen können, jedoch ist nie alles Gute beisammen. Die Regelungen sollten sich die Versicherten, wie bei allen anderen Unternehmen und Tarifen auch, genau ansehen und überlegen, ob diese mit den Einschränkungen leben können.

Interessant finde ich die Kombination mit dem Zahnersatztarif. Die Bausteintarife mit den herausnehmbaren Bausteinen für die kompletten Zahnleistungen gibt es noch eine ganze Reihe, der Baustein nur für den Zahnersatz ist aber durchaus interessant.

Ob die Tarifikalkulation aufgeht und sich die Tarife wie gewünscht entwickeln, wird auch davon abhängig sein, wie die Annahmepolitik aussieht und wie sich die Bestände dann entwickeln. Auch hier gilt: Genau auswählen, überlegen ob der Tarif zu Ihnen passt und erst dann entscheiden.

Presseinformation:

Sven Hennig ist Geschäftsführer der S.H.C. GmbH, einem Spezialmakler für die Private Krankenversicherung und die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit und Betreiber des Onlineportals www.online-bu.de. 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 600 Kunden ist Sven Hennig einer wenigen Spezialmakler für die PKV und BU Absicherung. Kontaktieren können Sie Herrn Hennig unter Tel. 03838 / 30 75 33 oder im Internet: <http://www.online-pkv.de>