

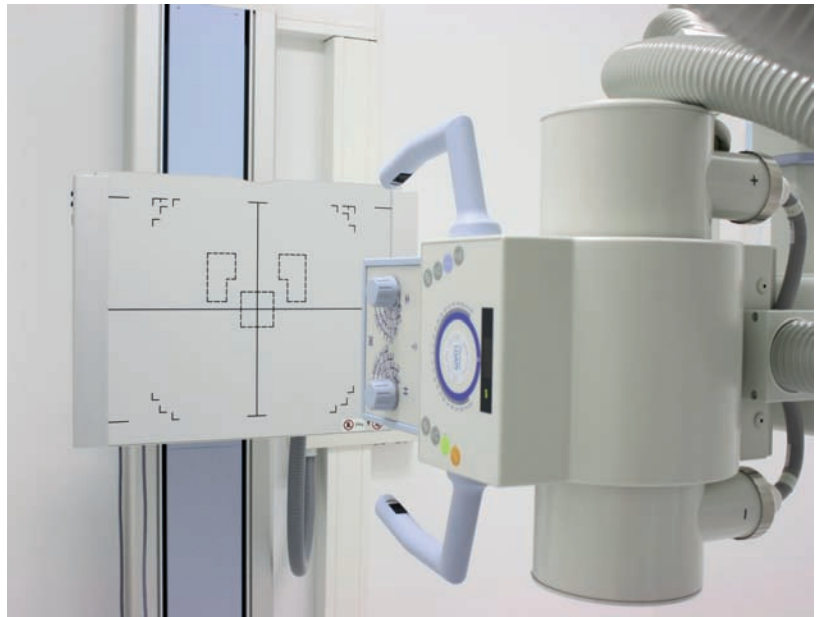
Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:

Alte Oldenburger – Arag – Axa – Barmenia – Central – Continentale – Debeka – Deutscher Ring – DEVK – DKV – Gothaer – Hallesche – HUK-Coburg – LVM – Münchener Verein – Nürnberger – PAX-Familienfürsorge – Provinzial – R+V – SDK – Süddeutsche Krankenversicherung – Signal Iduna – uniVersa

Leistungsspektrum der privaten Krankenversicherung

Fakten, die für Ihre Beratung zählen.

Das Ansehen der PKV hat gelitten. Gründe sind neben einer gefühlten Kostenexplosion auch die zahlreichen Billigtarife, deren eigentliche Haken erst nach und nach ins Bewusstsein der Versicherten gelangen. Bei einigen Gesellschaften ist jedoch mittlerweile angekommen, dass ein nur billiger Versicherungsschutz wenig bedarfsgerecht ist. Er ist zudem oft für eher „unerwünschte Risiken“ attraktiv. Damit ist die Masse der Versicherungswilligen gemeint, die den Wechsel in die PKV nur deshalb unternehmen, weil sie hoffen, damit Geld zu sparen. Und: Versicherer erkennen, daß mit billigen Einstiegtarifen oft nur schwer Geld zu verdienen ist. Denn, anders als erhofft, sind viele Kunden in den Einstiegstarifen geblieben. Der Wechsel in höherwertige Tarife blieb aus.



Autor: Stephan Witte

An den Anfang jeder Beratung gehört für den Vermittler die Grundsatzfrage, inwiefern der Kunde überhaupt für den Wechsel in die PKV geeignet ist. Der Branchenexperte Hagen Engelhard empfiehlt, diesbezüglich einige grundlegende Fragen zu klären:

- Hat der Wechselwillige eine sichere Stelle oder gehört er zu den ersten, die im Fall von z.B. Auftragsrückgängen entlassen werden?
- Hat der Wechselwillige sichere Einnahmen? Gerade Selbstständige und Freiberufler haben meist ein stark schwankendes Einkommen. Es muss sichergestellt sein, dass Versicherungsbeiträge auch auf Dauer finanziert werden können.
- Welche Erfahrungen hat der Kunde mit dem Gesundheitswesen? Mit dieser Frage soll zunächst einmal der generelle Gesundheitszustand eines Kunden eingeschätzt werden.

Der Fokus bei der Absicherung ist dann auf jene Leistungen zu legen, die den gesetzlich Versicherten aktuell sowie mit zunehmendem Lebensalter tatsächlich viel Geld kosten können.

Die Gebührenordnung für Ärzte

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung gehen nicht die Versicherer, sondern die Patienten einen Vertrag mit ihren Ärzten ein. „Wer die Musik bestellt, muss diese auch bezahlen“. Das bedeutet, dass die Versicherten von ihrem Arzt eine Rechnung bekommen, die bei Ärzten nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) und bei Zahnärzten nach der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) abgerechnet wird.

Jeder einzelnen Leistung ist ein bestimmter Gebührensatz zugeordnet, welcher je nach Komplexität der Behandlung mit einem unterschiedlichen Steigerungssatz versehen ist. In der Regel liegt der Faktor nach § 5 Nr. 2 GOÄ zwischen 1,0 und 2,3 bzw. 1,8 (für medizinisch-technische Leistungen) für eine fachgruppengerechte Medizin. Da der Arzt in diesem Rahmen nach billigem Ermessen entscheiden darf, wird er sich in aller Regel für den 2,3fachen- oder „Regelhöchstsatz“ entscheiden.

Ist eine Behandlung etwas komplizierter zu behandeln, z.B. eine diffizile Fraktur nach einem schweren Motorradunfall, so kann ein Arzt den privat Versicherten auch über den Fachgruppenstandard hinaus behandeln und bis zum 3,5fachen Satz verlangen. Diesen nennt man den „Höchstsatz GOÄ bzw. GOZ“. Es reicht eine einfache schriftliche Begründung, dass eine Behandlung komplizierter als üblich war, um den 3,5fachen Satz zu verlangen. Eine vorherige Rücksprache mit dem Versicherten ist nicht erforderlich.

■ Kosten-Überraschungen: Beispiel 1

Nach § 5 Nr. 5 GOÄ gilt: „Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3-fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8-fache des Gebührensatzes.“

Eine ganze Reihe von PKV-Tarifen leistet in der Praxis höchstens bis zum 2,3fachen Satz, so dass dem Kunden stets

ein Restrisiko bleibt, bis zu rund 35% jeder Behandlung aus eigener Tasche bezahlen zu müssen. Tatsächlich ist es jedoch unwahrscheinlich, dass auf einer Arztrechnung tatsächlich jede einzelne Kostenposition mit dem 3,5fachen Satz berechnet wurde.

Einmal angenommen, Ihr Kunde leidet unter einem Glioblastom, d.h. einem Gehirntumor, Grad IV. Betroffen davon sind rund 6.000 Fälle im Jahr, davon 30% Frauen, 70% Männer und nahezu keine Kinder. Die Restlebenserwartung in so einem Fall beträgt durchschnittlich nur 6 Monate ab dem ersten epileptischen Anfall. Ein guter Mediziner reduziert nun mit einer Operation die Tumormasse und führt des Weiteren eine Bestrahlung und Chemotherapie durch. Damit erhöhen sich die Überlebenschancen bei einem erfahrenen Spezialisten von etwa 6 auf bis zu 17 Monate. Leider sind solche Spezialisten selten und verlangen teilweise den 7 bis 9fachen, in äußerst seltenen Fällen sogar bis zum 19fachen Satz. Sehr schnell muss ein Versicherter dann die Differenz zwischen dem Höchstsatz der GOÄ und dem erhöhten Satz aus eigener Tasche übernehmen. Im Schnitt erscheint in diesem Fall in Deutschland ein Kostenrisiko für den Versicherten von etwa 50.000 bis 60.000 Euro als realistisch.

Im Einzelfall und zunächst einmal rein rechnerisch kann es aber auch dazu führen, dass ein Versicherter anstelle bereits hoher Operationskosten von 50.000 Euro mit dem 3,5fachen Satz die Differenz zwischen 3,5mal 50.000 Euro und 10mal 50.000 Euro = 325.000 Euro aus eigener Tasche begleichen muss. Dabei gilt auch bei Honorarvereinbarungen, dass in aller Regel die Vereinbarung nur einzelne Ziffern (meist die Hauptleistung) betrifft, die dann mit dem erhöhten Satz abgerechnet werden dürfen.

■ Kosten-Überraschungen: Beispiel 2

Bei einem Mammakarzinom (Brustkrebs) ist die gängige Behandlung zum Brustwiederaufbau das Einbringen von Silikonkugel. Vorteilhafter ist hingegen ein Aufbau aus dem Rückenmuskel der Patientin. Die fachgruppengerechte Medizin wie sie in der GKV als Standard vorgeschrieben ist, hat nämlich das erhöhte Risiko, dass die Patienten nach durchschnittlich etwa 10 Jahren an einer Kap-

selfibrose leiden. Anschließend ist eine weitere Kapselfibrose in zeitlichen Abständen von 5 bzw. 2,5 Jahren statistisch häufig. Eine solche Kapselfibrose ist nicht nur schmerzhaft, sondern kann auch noch zu starken Verformungen der Brust führen. Die Behandlung mit dem eigenen Rückenmuskel setzt jedoch besondere medizinische Kenntnisse voraus und wird daher durchschnittlich zum 5,5fachen Satz erbracht.

Ähnlich gestaltet sich der Vergleich einer Bandscheibenoperation mit Schlauch und Laser anstelle eines operativen Eingriffs mit dem Skalpell. Die medizinisch angeratene Behandlung kann dabei leicht den 9,5fachen Satz kosten und ist über die üblichen PKV-Tarife nicht abgedeckt. Zu beachten ist allerdings, dass nach § 12 Abs. 1 der Musterberufsordnung die Honorarforderung eines Arztes angemessen sein muss. Daher ist ein solcher hoher Steigerungssatz in Unikliniken in der Regel nicht vorstellbar.

■ Leistungen über den Höchstsätzen der GOÄ

Im Rahmen unserer Beispiele wäre es für den Kunden wertvoll gewesen, eine private Krankenversicherung, die ausdrücklich auch über den Höchstsätzen der GOÄ leistet, zu besitzen. Dabei darf ein Arzt natürlich nicht einfach nach Gutdünken über dem 3,5fachen Satz abrechnen. Vielmehr muss er vor Behandlungsbeginn eine entsprechende Honorarvereinbarung mit seinem Patienten treffen, in der auch der Steigerungssatz für jede einzelne Leistungsposition mit festen Eurobeträgen fixiert ist. Ihrem Kunden muss generell klar sein, dass nur Tarife, die auch über dem Höchstsatz der GOÄ leisten, geeignet sind, um im Zweifel auch High-Techmedizin zu finanzieren.

Viele Patienten erwägen möglicherweise auch das Hinzuziehen eines Spezialisten im Ausland. So gibt es beispielsweise eine Klinik in Mexiko, die eine ungiftige Therapie mit Dr. Burzinski's Cancer-Cure¹ anbietet. Dort wurden vor etwa 7 Jahren vier Patienten mit Glioblastom behandelt, die heute noch leben.

Weniger schön sind jedoch die Kosten von rund 190.000 \$ für die eigentliche Operation sowie weiteren 160.000 \$ für die Chemotherapie.² Diese Kosten werden allerdings nicht nach der GOÄ abgerechnet. Daher sind sie ggf. nicht in

vollem Umfang erstattungsfähig, weshalb vor Inanspruchnahme mit dem Versicherer Rücksprache zu halten ist. Dies gilt insbesondere im Sinne der gesetzlich vorgeschriebenen Schadenminderungspflicht.

Im konkreten Fall würde der Kunde dann erfahren, dass derzeit im Allgemeinen die größten Überlebenschancen für ein Glioblastom in Deutschland bestehen, auch wenn die oben konkret beschriebene Methode hierzulande nicht praktiziert wird. Damit jedoch im Zweifel auch die Kosten für hier nicht therapierbare Erkrankungen übernommen werden bzw. überhaupt auf Spezialisten im Ausland zurückgegriffen werden kann, sollte eine besonders leistungsstarke private Krankenversicherung Kosten im Ausland ohne Bezugnahme auf die in Deutschland geltende GOÄ / GOZ übernehmen. Grundsätzlich können die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland jene in Deutschland bei weitem übersteigen.

Es bleibt in diesem Fall anzumerken, dass eine hoffentlich vorhandene Auslandsreisekrankenversicherung üblicherweise nur die Kosten für im Ausland akut eintretende Leistungsfälle übernimmt, nicht jedoch für einen etwaigen „Medizintourismus“ in Anspruch genommen werden kann.

Ausführlichere Informationen zur GOZ wie finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 2/2011 auf S. 47-48.

PKV-Tarife: Maximal-Leistungen

Um das Leistungsspektrum am Markt besser aufzuzeigen, hat sich die Redaktion von „Risiko & Vorsorge“ dafür entschieden, einige beispielhafte Versicherer im Rahmen des Beitrages exemplarisch auf die beschriebenen Kriterien zu untersuchen. Die Auswahl soll Anbieter berücksichtigen, die für den Maklermarkt als Produktpartner oder als Wettbewerber von besonderer Bedeutung sind und erhebt ausdrücklich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Dargestellt ist jeweils nur die leistungsstärkste Ausprägung des Versicherungsschutzes bei den einzelnen Wettbewerbern.

Barmenia

Maximale Leistung ambulant:

> 3,5fach GOÄ (z.B. VA 01)

Maximale Leistung stationär:

> 3,5fach GOÄ (z.B. VS 200)

Maximale Leistung Zahnarzt:

> 3,5fach GOZ (z.B. VD 100)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Nein, höchstens implizit (z.B. VA 100, VS 100 und VS 300): „Gebühren für ärztliche Leistungen sind nach § 4 Ziffer 2.4 TB/KK11 über den Rahmen der deutschen Gebührenordnungen hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nicht anderes bestimmt ist.“ Bei vielen Tarifen der Barmenia, z. B. bei den Tarifen VA, VS und VD ist nichts Näheres bestimmt. Nach Ansicht der Barmenia bedeute dies, dass die Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Leistungen – auch im Ausland – uneingeschränkt erstattungsfähig seien. Aufgrund der fehlenden Klarstellung könnte man jedoch auch die Sichtweise vertreten, dass das Ausland gerade keine GOÄ als Bezugsrahmen kenne und damit eine Leistung auch oberhalb der Höchstsätze der deutschen Gebührenordnung keinen Sinn ergäbe. Damit wäre der Anteil einer möglichen Erstattung wenig vorhersehbar, eine gezielte Auslandsbehandlung mithin mit einem erheblichen Kostenrisiko verbunden. Eine Klarstellung durch den Versicherer erscheint daher angeraten.

Einige Tarife der Barmenia sehen hinsichtlich der Gebühren für ärztliche Leistungen eine Begrenzung auf den

Höchstsatz der deutschen Gebührenordnungen vor. Dies führe laut Barmenia aber nicht dazu, dass bei Auslandsrechnungen die Inlandskosten hypothetisch ermittelt werden und es zu Leistungskürzungen komme. Im Normalfall würden die Aufwendungen für ärztliche Behandlungen in vollem Umfang erstattet.

Eine spezielle Auslandsregelung gibt es nur bei der Tariflinie easyflex+ für stationäre Heilbehandlungen im Ausland. Nach Ziffer 1.2 des Tarifs easyflex comfort+ sind bei einer stationären Heilbehandlung im Ausland die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, in der sie bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland erstattungsfähig gewesen wären.“

Dauer des Auslandsversicherungsschutzes (z. B. Tarife VA 100, VS 200, VD 100): „In Europa besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, so besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht sogar zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn“ tariflich definierte Voraussetzungen erfüllt sind.“

Debeka

Maximale Leistung ambulant:

bis 3,5fach GOÄ (z.B. PN)

Maximale Leistung stationär:

bis 3,5fach GOÄ (z.B. PN)

Maximale Leistung Zahnarzt:

bis 3,5fach GOÄ (z.B. PN)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Nein. Implizit (z.B. PN) ist eine GOÄ-Bindung vorausgesetzt. Im Ausland gibt es jedoch keine GOÄ, so dass auch eine Leistung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ aufgrund fehlender Bemessungsgrundlage keinen Sinn ergibt. Der Anteil einer möglichen Erstattung ist daher wenig vorhersehbar. Eine gezielte Auslandsbehandlung wäre daher mit einem erheblichen Kostenrisiko verbunden. Grundsätzlich besteht auch ohne beson-

der Vereinbarung weltweiter Versicherungsschutz.

Gothaer

Maximale Leistung ambulant:

> 3,5fach GOÄ (z.B. MediComfort)

Maximale Leistung stationär:

> 3,5fach GOÄ (z.B. MediComfort)

Maximale Leistung Zahnarzt:

bis 3,5fach GOZ (z.B. MediComfort)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Nein. Implizit werden bei nicht geplanten Krankheitsfällen und Unfällen die im Ausland gültigen Sätze anerkannt und erstattet. „Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate. [...] Ist der Vertrag bei Beginn des Auslandsaufenthaltes seit 12 Monaten in Kraft, besteht Versicherungsschutz während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland.“

Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die in Abs. 4 Satz 3 bzw. in Satz 1 genannte Frist hin ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 4 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.“

Bei geplanten Operation im Ausland erfolgt unter Berücksichtigung von § 5. Abs. 2 und § 9 Abs. 4 der AVB eine Einzelfallprüfung mittels Kostenvoranschlag. „Grund hierfür ist, dass insbesondere die nicht mit der eigentlichen Operation im Zusammenhang stehenden Zimmerzuschläge (z.B. Schweiz), die die in Deutschland möglichen Sätze teilweise bis zum 7fachen übersteigen. Operationskosten können gegebenenfalls gemindert werden, wenn diese bei gleich-

artiger Behandlung (z.B. in einer Uniklinik in Deutschland) die in Deutschland üblichen Sätze gravierend übersteigen.“

Gerade bei Tarif MediComfort besteht jedoch abweichend von der üblichen Regelung weltweiter Versicherungsschutz bei beruflicher Entsendung. Zu beachten ist, dass im Rahmen der VVG-Reform auch bei anderen Tarifen die Fortführung des Vertrages möglich ist (Wahlweise mit den in Deutschland üblichen Sätzen oder gegen Zuschlag mit den im Ausland gültigen Sätzen.)“

Hallesche

Maximale Leistung ambulant:

> 3,5fach GOÄ (z.B. AV 1)

Maximale Leistung stationär:

> 3,5fach GOÄ (z.B. CG 2)

Maximale Leistung Zahnarzt:

> 3,5fach GOZ (z.B. AV 1)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Eingeschränkt (z.B. Tarif NK): Bei einem Auslandsaufenthalt weltweit bis zu 6 Monaten bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Siehe § 1 II 5 MB/KK und § 15 II 3 MB/KK.

„a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.“

b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Nr. 5a der Tarifbedingungen gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Nr. 5a) der Tarifbedingungen keine Anwendung.

d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Nr. 5a) der Tarifbedingungen ebenfalls keine Anwendung.“

PKV ■

RATGEBER



ambulant
Härtefall Kosten Unfall
Pflegefall Altersvorsorge Rente
Pflegeversicherung!
Risiko Behinderung
Grundschutz unabhängig Arzt privat
Vorsorge Pflegestufe
Beihilfe Kinder Beitrag

NEU

Der große Ratgeber
zu allen Pflege-Themen
für Sie und Ihre Eltern!



Pflege & Vorsorge
Jetzt im Zeitschriftenhandel
Nur 4,90 Euro!



Direkt bestellen:
info@bhm-marketing.de

HUK-Coburg

Maximale Leistung ambulant:

bis 3,fach (z.B. A 0)

Maximale Leistung stationär:

bis 3,5fach (z.B. SE)

Maximale Leistung Zahnarzt:

bis 3,5fach (z.B. Z100)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Eingeschränkt (z.B. Tarif select): „Im Ausland werden 100% der Aufwendungen für eine akute Notfallbehandlung gezahlt. Die Erstattung erfolgt maximal bis zu den landesüblichen Sätzen. Bei zahnärztlichen Notfällen werden 100 % der landesüblichen Kosten für eine schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen und Reparaturen von Prothesen erstattet.“

Wenn die versicherte Person eine Behandlung im Ausland durchführt, die auch im Inland hätte durchgeführt werden können (geplante Behandlungen), dann werden maximal die Aufwendungen gezahlt, die im Inland entstanden wären. Dies gilt nicht für medizinisch notwendige Behandlungen, die ausschließlich nur im Ausland durchgeführt werden können, weil nur dort die medizinisch notwendige Heilbehandlung erfolgen kann. In diesen Fällen ist vor Beginn der Behandlung der Versicherer zu informieren und eine Kostenzusage einzuholen.“

Vorübergehender weltweiter Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung bis zu zwei Monaten. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus, längstens bis zur Transportfähigkeit der versicherten Person. Eine Verlängerung des Auslandsaufenthaltes (über 2 Monate hinaus) sei gegen Beitragszuschlag möglich.

R+V

Maximale Leistung ambulant:

> 3,5fach GOÄ(z.B. AGIL premium)

Maximale Leistung stationär:

> 3,5fach GOÄ (z.B. AGIL premium)

Maximale Leistung Zahnarzt:

> 3,5fach GOZ (z.B. AGIL premium)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Ja (z.B. AGIL premium): „Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des jeweiligen Aufenthaltsortes entsprechen.“ Der Versicherungsschutz besteht für vorübergehende Auslandsaufenthalte im außereuropäischen Ausland bis zu 36 Monate ohne besondere Vereinbarung.

Signal Iduna

Maximale Leistung ambulant:

> 3,5fach GOÄ (z.B. Exklusiv-Plus)

Maximale Leistung stationär:

> 3,5fach GOÄ (z.B. Exklusiv-Plus)

Maximale Leistung Zahnarzt:

> 3,5fach GOZ (z.B. Exklusiv-Plus)

Besteht bei gezielter Auslandsbehandlung Verzicht auf Bezug GOÄ / GOZ im Ausland?

Nein. Implizit (z.B. Exklusiv-Plus) ist eine GOÄ-Bindung vorausgesetzt. Im Ausland gibt es jedoch keine GOÄ, so dass

auch eine Leistung oberhalb der Höchstsätze der GOÄ aufgrund fehlender Bemessungsgrundlage keinen Sinn ergibt. Der Anteil einer möglichen Erstattung ist daher wenig vorhersehbar. Eine gezielte Auslandsbehandlung wäre daher mit einem erheblichen Kostenrisiko verbunden. Derzeit ist eine individuelle Anfrage von Fall zu Fall erforderlich. Generell besteht Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung nur dann, solange sich der Erstwohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person in Deutschland befindet.

Unter den benannten Anbietern ist hinsichtlich der beschriebenen Kriterien damit nur die R+V uneingeschränkt, die Hallesche mit Einschränkungen empfehlenswert, wobei natürlich in der Beratungspraxis nicht nur der individuelle Anbieter, sondern auch der gewählte Tarif von immanenter Bedeutung sind.

Kostenübernahme für sonstige Heilberufe

Neben den eigentlichen Ärzten und Zahnärzten, sind eine Reihe weiterer Heilberufe von Bedeutung. Die Kostenübernahme für deren Leistungen, ist jedoch nicht bei jedem Anbieter überhaupt oder in einem adäquaten Rahmen mitversichert.

• Kosten für einen Logopäden.

Ist z.B. wichtig, um einem Schlaganfallpatienten wieder das Sprechen beizubringen. Die Kosten hierfür liegen schnell bei 10.000 Euro pro Jahr.

• Kosten für einen **Ergotherapeuten**. Dieser bringt beispielsweise einem Patienten mit Bandscheibenvorfall wieder das richtige Gehen bei.

• Kosten für einen Psychotherapeuten.

Die Behandlung wegen Depressionen, Essstörungen, Burnout etc. kann teuer werden. Von der GKV werden meist zunächst etwa 20 Sitzungen bewilligt. Liegt eine „Störung mit Krankheitswert“ vor, kann eine tiefenpsychologische Behandlung bei Kindern auch bis zu 150 Stunden, bei Jugendlichen bis zu 180 Stunden und bei Erwachsenen bis zu 100 Stunden umfassen. Dazu kommen bei der Behandlung von Kindern ggf. noch

Kosten für einen begleitenden Erwachsenen. Als Gebührensatz gilt die Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ (GOP). Bei rein privat abrechnenden Psychotherapeuten ist ein Stundensatz um 100 Euro keine Besonderheit. Die R+V weist darauf hin, dass üblicherweise nur die Kosten für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (und Ärzte) übernommen werden, die niedergelassen und approbiert im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sind, nicht jedoch für „einfache“ Diplom-Psychotherapeuten ohne Approbation und Niederlassung. Die besondere Relevanz dieser Leistungsart erschließt sich aus jeder Statistik zu Leistungseintritten in der Berufsunfähigkeitsversicherung

Zu beachten ist, dass alle benannten Berufsgruppen vom Leistungsumfang der GKV abgesichert wären. Kunden, die hier keinen Versicherungsschutz erlangen, könnten bei fehlender Dokumentation zu Recht einwenden, dass man sie hierauf nicht hinreichend hingewiesen habe. Inwiefern auch die Kostenübernahme für Heilpraktiker oder sonstige

Naturheilverfahren wichtig ist, muss jeder Kunde selbst entscheiden. In der Regel würden sie von der GKV nicht erstattet werden. Sinnvoll ist auch eine bedingungsseitige Kostenübernahme für die Leistungen von Podologen (z.B. Fußpflege bei Diabetes), Krankengymnasten oder Masseuren. Allerdings stellen diese ein weit geringeres finanzielles Risiko für die Versicherten dar und sind daher im Zweifel verzichtbare Leistungen.

Der mögliche Leistungsumfang der Vergleichsanbieter im Überblick:

■ Barmenia:

Logopäde: ja (z.B. VA 01)

Ergotherapeut: ja (z.B. VA 01)

Psychotherapie: ambulante und stationäre Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl (z.B. VA)

■ Debeka:

Logopäde: nein

Ergotherapeut: nein

Psychotherapie: ambulante Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl, ambulante Psychotherapie max. bis 20 Sitzungen p.a. (z.B. PN)

■ Gothaer:

Logopäde: ja (in allen Tarifen gemäß § 4 Abs. 3.2 AVB)

Ergotherapeut: ja (in allen Tarifen gemäß § 4 Abs. 3.2 AVB)

Psychotherapie: ja (z.B. werden im Tarif MAX psychotherapeutische Leistungen zu 100% ohne Begrenzung der Sitzungszahl übernommen)

■ Hallesche:

Logopäde: ja (z.B. AV)

Ergotherapeut: ja (z.B. AV)

Psychotherapie: ambulante und stationäre Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl (z.B. AV)

■ HUK-Coburg:

Logopäde: ja (z.B. A0)

Ergotherapeut: ja (z.B. A0)

Psychotherapie: ambulante und stationäre Psychotherapie ohne vorherige Genehmigung max. 30 Sitzungen (z.B. SE)

■ R+V:

Logopäde: ja (z.B. Agil comfort)

Ergotherapeut: ja (z.B. Agil premium)

Psychotherapie: ambulante und stationäre Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl (z.B. AGIL Comfort)

■ Signal Iduna:

Logopäde: bis zu 80%. Bei bestimmten Diagnosen (z.B. Schädelhirntrauma oder Schlaganfall) abweichend zu 100% (z.B. Exklusiv 0)

Ergotherapeut: bis zu 80%. Bei bestimmten Diagnosen (z.B. Krebs oder dialysepflichtiges Nierenversagen) abweichend zu 100% (z.B. Exklusiv 0)

Psychotherapie: ambulante Psychotherapie ohne vorherige Genehmigung bis max. 30 Sitzungen zu 100%, stationäre Psychotherapie zu 100% ohne Begrenzung der Sitzungszahl (z.B. Exklusiv-Plus)

Bei vielen Wechselwilligen zunächst nicht im Fokus steht der Leistungsumfang für medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel. Nimmt man die gesetzliche Krankenversicherung als Maßstab, so gilt hier ein offener Katalog, der je nach medizinischem Fortschritt entsprechend erweitert wird. Dabei werden Kosten für solche Mittel übernommen, die medizinisch notwendig sind, für die Behandlung als ausreichend erscheinen und deren Anschaffung wirtschaftlich zweckmäßig ist. Viele private Krankenversicherer hingegen leisten nicht einmal diesen Standard, sondern unterschreiten ihn sogar. Versichert ist oft nur ein abschließend benannter Katalog von Heil- und Hilfsmitteln. Dieser Katalog wird häufig sogar noch weiter eingeschränkt. Nicht selten fehlen dabei solche Leistungen, die besonders kostenintensiv sind.

Wesentliche Leistungen

Sie sollten mit Ihrem Kunden darauf achten, dass folgende Leistungen unbedingt mitversichert sind:

• **Hör- und Sprechapparate.** So kostet ein hochwertiges Hörgerät bis zu 5.000 Euro je Ohr und muss in regelmäßigen Abständen erneuert werden, während bereits einfache Hörgeräte in einfacher Ausführung um die 1.000 Euro kosten.

• **Körperersatzstücke** sind **Prothesen** (Körperersatzglieder) und **Epithesen** (Organersatzstücke, vor allem zur Bedeckung von Gesichtsddefekten).³ Meist sind nur Prothesen (Finger, Hände, Arme, Zehen, Füße, Beine, Brust, Penis) mitversichert. So kostet etwa eine Beinprothese schnell einmal 25.000 Euro, soll damit sogar Leistungssport betrieben werden können, so können es auch mal 100.000 Euro sein. Körperersatzstücke

„Medizinischer Fortschritt ist bei geschlossenen Leistungs-Katalogen nicht mitversichert.“

sind hingegen z.B. Kunstaugen, eine künstliche Nase, ein künstliches Ohr, neue Augenlider, ein neues Gesicht nach schweren Brandverletzungen oder einer Tumoreroperation. Oft besteht für diese kein bedingungsseitiger Versicherungsschutz. Wer beispielsweise eine Epithese für das Gesicht benötigt, braucht eine solche sowohl für den Sommer als auch für den Winter, da die Färbung im Gesicht jahreszeitlich bedingt, verschieden ausfällt. Eine einzige Epithese kostet hierfür im Schnitt zwischen etwa 8 bis 14.000 Euro und muss alle 2-3 Jahre ersetzt werden. Geht man von 2 Epithesen nach durchschnittlich je 2,5 Jahren aus, so bedeutet dies nach 10 Jahren Kosten in Höhe von 64.000 bis 112.000 Euro. Beispielsweise definiert die Gothaer in § 4 Nr. 3.3 vorbildlich eine ausdrückliche Mitversicherung von Körperersatzstücken. Laut Anbieter zu beachten sei jedoch „grundsätzlich das medizinisch notwendige Maß. Daher keine Erstattung einer Prothese zur Betreibung von Leistungssport.“

• **Geh-, Stütz- und Stehhilfen** (z.B. Gehgestelle oder Zweiradrollatoren)

• **Krankenrollstühle.** So kann ein sprachgesteuerter Krankenrollstuhl, für Personen, die nicht mehr richtig sitzen können, leicht bis zu 40.000 Euro kosten, ein Elektrorollstuhl in einfacher Ausführung ab etwa 8.000 Euro. Teuer wird auch die Anschaffung eines mundgesteuerten Elektrorollstuhls.

• **Heimdialyse.** Nach einer Nierenoperation ist eine Heimdialyse möglicherweise die einzige Chance, weiter halbwegs normal am täglichen Leben teilzunehmen oder sogar einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen. Vor allem aber kann man den Tagesablauf deutlich flexibler gestalten und z.B. während der Dialysemaßnahme Fernsehen oder mit Freunden telefonieren. Zeitraubende Fahrten zu einem Dialysezentrum können gerade für Personen auf dem Lande eine große Zusatzbelastung sein. 16 Dialysen pro Monat zu je 4 bis 6 Stunden sind keine Seltenheit. Dazu kommen erhebliche Wassermehrkosten. „Pro Patient und Dialysebehandlung ist eine Wassermenge

von ca. 200-400 l Wasser erforderlich, so daß im Verlauf eines Jahres ein Dialyse-Patient mit 15-30 m³ Wasser indirekt über sein Blut in Berührung kommt. Bezüglich der Wasserqualität ist für das Dialysewasser keimarmes (keimfreies), pyrogenfreies und demineralisiertes Wasser zu fordern.“⁴ Gesamtkosten von 150.000 Euro pro Jahr sind keine Seltenheit.

In der GKV ist die Kostenübernahme für eine Heimdialyse übrigens eher die Ausnahme denn eine Regel, doch selbst in der PKV gibt es nur wenige Tarife die hierzu eine Kostenübernahme ausdrücklich bedingungsseitig geregelt haben, z.B. Heimdialyse im Tarif A80+RD2003 der uniVersa. Explizit nur für Hämodialyse als besondere Form der Blutwäsche im Tarif AGIL Premium der R+V. Da beispielsweise das R+V GesundheitsKonzept AGIL einen offenen Hilfsmittelkatalog vorsieht, ist damit auch die Versorgung mit einem Heimdialysegerät versichert und daher nicht explizit in den AVB benannt. Geregelt ist demnach nur, dass eine Dialyse stets als ambulante Behandlung gilt, selbst wenn sie im Krankenhaus durchgeführt werden sollte.

Eine Klarstellung zum Thema Dialyse fehlt beispielhaft im Bedingungsmerk der Gothaer. In der Leistungspraxis sei es üblich, die Kosten für die Bereitstellung, die Installation sowie alle notwendigen Hilfsstoffe zu erstatten, sofern nicht auch hier eine Pauschale berechnet werde.

Der Versicherer äußert sich dazu wie folgt:

„Grundlage der Prüfung ist immer die medizinische Notwendigkeit für eine Heimdialyse. Diese ist natürlich Einzelfallabhängig. Eine geschäftsplanmäßige Erklärung bedarf es daher nicht. Auch wenn in manchen Tarifen Heimdialyse genannt wird, muss immer die medizinische Notwendigkeit geprüft werden (medizinisch notwendiges Maß, Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht). Der VN hat hier sicherlich kein Wahlrecht, wenn er z.B. 50 Meter neben einem Dialysezentrum wohnt.“ Nicht unter den Versicherungsumfang fallen bei der Gothaer ausdrücklich die Kosten für laufende Betriebskosten (z.B. den durch eine Dialyse verursachten, erhöhten Wasserverbrauch). Die Gothaer hat zum 01.09.2012 eine Tarifierweiterung für die MB/KK 2008, AB/KK 2010, AB/KK 2009 und AB/K 2009 Unfall angekündigt, wonach nunmehr auch „Heimdialyse- und Beatmungsgeräte“ ausdrücklich mitversichert sein werden.

• **Lebenserhaltende Hilfsmittel** (z.B. Atemüberwachungsmonitore, Beatmungsgeräte, CPAP-Geräte zur intensivmedizinischen Beatmung, Herzüberwachungsmonitore, künstliche und enterale Ernährung, Sauerstoffgeräte). Grob lassen sich Kosten von bis zu 10.000 Euro je Hilfsmittel veranschlagen. Entscheidend ist in jedem Fall eine ausdrückliche Mit-

versicherung von Nährstoffen und -mitteln zur künstlichen Ernährung. Leider bleibt es bei den meisten Angeboten unklar, inwiefern eine künstliche Ernährung als versichertes Hilfsmittel oder als nicht versichertes Nahrungsergänzungsmittel bewertet werden soll. Optimal ist eine ausdrückliche Mitversicherung beider Leistungsarten. Weiter sollten auch die Kosten für eine enterale Ernährung durch den Magen- / Darmtrakt mitversichert sein, da auch hier ein Ausschluss ein enormes Kostenrisiko bedeuten kann.

• **Stomaversorgung** (künstlicher Darmausgang). Die Pflegeversicherung leistet hierfür in der Regel erst ab Pflegestufe III. Die Kosten hierfür erreichen durchschnittlich etwa 6.000 Euro pro Jahr. Wichtig kann sie werden nach Krebs im Bauchraum oder auch bei verschiedenen entzündlichen Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa). Mit gut angelegtem Stoma ist eine normale Teilnahme am Leben einschließlich Geschlechtsverkehr kein Problem. Ohne entsprechende Operation kann der Stuhlgang nicht mehr kontrolliert werden, weshalb das Tragen von Windeln unvermeidlich wird.

• **Blindenhund und Blindenleitgerät.** Für die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes fallen schnell bis zu 25.000 Euro an. Diese Kosten sind im Schnitt alle 5-6 Jahre erneut aufzuwenden, da dann ein neues Tier erforderlich wird.

Tarife mit offenem Heil- und Hilfsmittelkatalog

Am vorteilhaftesten sind Tarife mit offenem Heil- und Hilfsmittelkatalog, wobei eine Einschränkung auf Hilfsmittel nur in „einfacher Ausführung“ notfalls zwar vertretbar, aber wenig empfehlenswert ist (siehe z.B. die Ausführungen zum Thema Prothesen und Krankenfahrstühle).

Nur solche offenen Kataloge bieten eine echte Sicherheit, dass auch für veränderte medizinische Rahmenbedingungen und technologischen Fortschritt stets eine Aktualisierung des Leistungskatalogs geschieht. Leider ist bei den meisten Gesellschaften nur ein abschließender Katalog von Leistungen versichert. Dies kann problematisch sein, da es schwer vorhersehbar ist, welche lebenserhaltenden Hilfsmittel zukünftig von Bedeutung sein könnten. Medizinischer

Fortschritt ist bei geschlossenen Katalogen nicht mitversichert. Inwiefern also Leistungen aus Kulanz erbracht werden, wenn eine bedingungsseitige Regelung fehlt, ist gerade bei sehr kostenintensiven Fällen mehr als zweifelhaft.

Vor diesem Hintergrund ist beispielsweise der Tarif PN aus dem Hause Debeka nicht für einen umfassenden Versicherungsschutz geeignet.

Die **Debeka** sieht jedoch geschäftsplanmäßig eine vom Bedingungsmerk abweichende, positivere Regelung vor:

„Unsere Tarife beinhalten im Abschnitt „Hilfsmittel“ ganz bewusst Oberbegriffe. Es ist weder praktikabel noch erforderlich, die mehrere Hundert Hilfsmittel umfassende Liste detailliert im Tarif aufzuführen. Es ist ebenfalls zu

bedenken, dass ständig neue Hilfsmittel auf den Markt kommen, die den Versicherten dann auch bekannt gegeben werden müssten (unabhängig vom tatsächlichen Bedarf). Die Umsetzung verlangt zusätzliche finanzielle Mittel, die von der Versichertengemeinschaft getragen werden müssten.

Daneben umfassen unsere Tarife auch Leistungen für medizinisch-technische Sachaufwendungen. Bei Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art handelt es sich um technische Geräte, die am Menschen für diagnostische oder therapeutische Zwecke angewandt werden. Hierunter fallen zum Beispiel Herzschrittmacher, Insulinpumpen oder lebenserhaltenden Kontroll- und Behandlungsgeräte wie Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen oder Absauggeräte.“

Eine ähnliche Sichtweise vertreten die **HUK-COBURG** und die **PAX Familienfürsorge**:

„Bei Hilfsmitteln handelt es sich um technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Zahnersatz), welche Behinderungen und Krankheits- bzw. Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sollen.

Sie müssen den Erfolg einer Heilbehandlung sichern und körperliche Behinderungen ausgleichen (also ein Funktionsdefizit kompensieren).

Voraussetzung für die Kostenübernahme eines Hilfsmittels ist die medizinische Notwendigkeit. Im Hilfsmittelkatalog sind dabei die verbreitesten und üblichsten Hilfsmittel zusammengefasst.

Darüber hinaus prüfen wir natürlich in jedem Fall – unabhängig vom Tarif – die medizinische Notwendigkeit jedes anderen verordneten Hilfsmittels (welches die in der Definition genannten Voraussetzungen erfüllt) im Einzelfall.

Bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit erfolgt die Kostenübernahme. Bei größeren Geräten (wie z.B. (Atem-)Babyüberwachungsmonitor, Schlafapnoegerät ...) haben wir sogar die Möglichkeit, diese Geräte direkt zur Verfügung stellen zu lassen. Jedoch kann die Aussage nicht pauschal getroffen werden, dass alle medizinisch notwendigen Hilfsmittel immer erstattet werden. Gerne können Sie sich bei konkreten Anfragen zu bestimmten Hilfsmitteln in der Leistungsabteilung in Coburg erkundigen.

Bei machen Hilfsmitteln, wie z.B. bei Herzschrittmachern die bei einer stationären OP eingesetzt werden, werden die Kosten im Rahmen der Fallpauschale des Krankenhauses abgerechnet und tarifgemäß erstattet.“

Im Interesse der jeweils Versicherten bleibt eine Klarstellung durch den Versicherer dringend angeraten, da eine geschäftsplanmäßige Erklärung keinen Rechtsanspruch begründet und beispielsweise künstliche Ernährung beim besten Willen nicht als technisches Gerät zu bewerten ist. Ein offener Hilfsmittelkatalog würde das Problem mit dem erhöhten finanziellen Aufwand zur Tarifpflege sicher lösen können.

Trotz eines nicht offenen Hilfsmittelkataloges eine sinnvolle Lösung bietet die

Hallesche. Sie leistet beispielsweise in ihren Tarifen AV, NK und KS auch für lebenserhaltende Hilfsmittel, „wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier (im Katalog) genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann“. Auch im Tarif PRIMO sind lebenserhaltende Hilfsmittel im Katalog ausdrücklich aufgeführt.

Die Mannheimer sieht künstliche und enterale Ernährung als nicht unter den Hilfsmittelbegriff fallend.

Beachten Sie auch, dass einige Versicherer wie z.B. die Arag (Tarife 21P90 oder 210) zwar im Grunde einen offenen Hilfsmittelkatalog besitzen, bis auf bestimmte Ausnahmen jedoch stets die Zustimmung des Versicherers hinsichtlich der Versorgungsform (z.B. Leihe, Leasing oder kostengünstiger Kauf durch den Versicherer) eingeholt werden muss. Damit besteht also kein Rechtsanspruch auf bestimmte lebenserhaltende Hilfsmittel im Einzelfall.

Der hier benannte Versicherer weist die Kritik zurück: „Der Tatbestand „lebenserhaltende Hilfsmittel“ impliziert immer auch die medizinische Notwendigkeit. Somit wird auch die ARAG in der Regel der Leistungsprüfung im Fall der medizinischen Notwendigkeit eben diese lebenserhaltenden Hilfsmittel erstatten.“ Eine tarifliche Klarstellung wäre jedoch klar zu begrüßen.

Der mögliche Leistungsumfang der Vergleichsanbieter im Überblick:

■ Barmenia

Offener Hilfsmittelkatalog:

Tariflinie easyflexPlus

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung:

easyflex clinic 1Plus: lebenserhaltende Hilfsmittel in einfacher Ausführung

bis 2.500 EUR zu 75%

über 2.500 EUR mit Kostenvorschlag zu 75%,

über 2.500 EUR ohne Kostenvorschlag zu 50%;

easyflex comfort 1 Plus: lebenserhaltende Hilfsmittel in gehobener Ausführung zu 90%;

VC2 und VC2P: lebenserhaltende Hilfsmittel zu 80%),

Medikamentenähnliche Nahrungsmittel gelten als Arzneimittel (und werden als solche gemäß § 4 Ziffer 3.1 TB/KK11 in entsprechender Höhe erstattet), wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen ver-

ordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.

Applikationshilfen (z. B. Ernährungspumpen, Inhalationsgeräte, Medikamentenpumpen, Sauerstoffgeräte) werden im Rahmen der ambulanten Behandlung zu 100% – und nicht als Hilfsmittel – erstattet.

■ Debeka:

Offener Hilfsmittelkatalog: nein

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: nein

■ Gothaer:

Offener Hilfsmittelkatalog: nein

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung:

bedingungsseitig nur teilweise gemäß § 4 Nr. 3.1 AVB: „Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.“ Die eigentliche enterale Ernährung umfasst jedoch auch die Miete der Ernährungspumpe, Überleitsysteme, Verbrauchsmaterialien sowie Betreuung. Eine Klarstellung hierzu fehlt in den Tarifbedingungen, allerdings erstatte die Gothaer nach eigener Aussage die vollständige enterale Ernährung.

Mit Presseinformation vom Februar 2012 hat die Gothaer zum 01.09.2012 eine Tarifierweiterung für die MB/KK 2008, AB/KK 2010, AB/KK 2009 und AB/K 2009 Unfall angekündigt, wonach dann auch „Enterale Ernährung (Ernährungspumpen, Überleitsysteme, Nahrung)“ mitversichert seien. Der Katalog der neu aufgenommenen Hilfsmittel beinhaltet darüber hinaus noch zahlreiche weitere lebenserhaltende- und überwachende Hilfsmittel, Stomaartikel, Blindenhilfsmittel u.v.m.

■ Hallesche:

Offener Hilfsmittelkatalog: nein

Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung:

bedingungsseitig nur teilweise (z.B. AV, NK, KS, Primo): Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral

und parenteral verabreicht werden Hier wird von medikamentenähnlichen Nährmitteln gesprochen, die enteral oder parenteral verabreicht werden, d.h. die Sondennahrung ist erstattungsfähig. Die enterale Ernährung umfasst jedoch neben der Sondennahrung noch mehr (Miete der Ernährungspumpe, Überleitungssysteme, Verbrauchsmaterialien, Betreuung) Eine Aussage über die Erstattungsfähigkeit der gesamten enteralen Ernährung ist nicht Teil der Bedingungen.

■ **HUK-Coburg:**

Offener Hilfsmittelkatalog: nein
Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: implizit (z.B. Tarif select): nicht im Tarif benannte Hilfsmittel, die medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden

■ **PAX Familienfürsorge:**

Offener Hilfsmittelkatalog: Ja, es können auf Antrag nicht genannte Hilfsmittel, die medizinisch notwendig sind um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, bezuschusst werden (z.B. A0, Select)
Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: implizit (z.B. Tarif select): nicht im Tarif benannte Hilfsmittel, die medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden

■ **R+V:**

Offener Hilfsmittelkatalog: sämtliche Tarife des R+V-Gesundheitskonzepts AGIL
Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: AGIL comfort und AGIL premium zu 100%; AGIL classic gemeinsam mit den Kosten für andere Arznei- und Verbandmittel zu 60% bis 3.000 EUR Erstattungsbetrag im KJ, darüber hinaus zu 100%

■ **Signal Iduna:**

Offener Hilfsmittelkatalog: EXKLUSIV, EXKLUSIV-PLUS, KOMFORT, KOMFORT-PLUS
Bedingungsgemäße Leistungen auch für künstliche und enterale Ernährung: EXKLUSIV, EXKLUSIV-PLUS, KOMFORT, KOMFORT-PLUS: Hilfsmittel in einfacher Ausführung zu 100%, sofern vorher genehmigt oder bis höchstens 500 Euro und selbst beschafft. Ansonsten Erstattung von 80%

Gothaer erkennt mangelnde Transparenz

Der abschließende Hilfsmittelkatalog in den AVB der GKR wird in der Leistungspraxis nicht streng formal gehandhabt. Soweit lebenserhaltende und -überwachende Hilfsmittel medizinisch notwendig sind, werden hierfür Versicherungsleistungen in tariflicher Höhe erbracht.

Hier kommt auch das Hilfsmittelmanagement der GKR zum Einsatz; es zielt darauf ab, dass sich die Versicherten vor Bezug eines Hilfsmittels mit dem Hilfsmittelteam in Verbindung setzen, das dann einen kostengünstigen Bezug durch einen unserer Kooperationspartner klären kann.

Das Bestreben der GKR ist es, alles rund um die Hilfsmittelversorgung für die Versicherten so transparent wie möglich zu machen. An Verbesserungen der Transparenz wird derzeit gearbeitet, so dass aktuell leider der Hilfsmittelkatalog in den AVB allein nicht in jeder Hinsicht aussagekräftig ist.

Bezüglich einer von der GKR gewünschten AVB-Änderung sind wir im Austausch mit dem juristischen und mathematischen Treuhänder der Gesellschaft. (Betroffen wären die Tarifbedingungen zu den MB/KK 2009, AB/KK 2009, AB/KK Unfall 2009 sowie AB/KK 2010)

Auf eine konkrete Anfrage, „ob alle Ihre Aussagen zu geschäftsplanmäßigen Leistungen der Gothaer und zur Interpretation der von Ihnen benannten Paragraphen uneingeschränkt auch für“ einen konkret benannten Vertrag Geltung haben würden und welche der vom Versicherer beispielhaft benannten, nicht im Tarif benannten Hilfsmittel, ausdrücklich auch für den konkreten Vertrag Teil des Versicherungsschutzes wären, wurde wie folgt geantwortet:

„Im Rahmen der geplanten Erweiterung der AVB sind alle dort aufgeführten Hilfsmittel Gegenstand des V-Schutzes, sofern eine medizinische Notwendigkeit besteht. Wenn diese Hilfsmittel in die AVB eingearbeitet werden, gilt dies auch für Ihren Vertrag (immer vorausgesetzt ist die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit).“

Die einleitend beschriebenen Verbesserungen in der täglichen Praxis sollen laut Presseinformation vom Februar 2012 zum 01.09.2012 umgesetzt werden. Siehe dazu z.B. http://www.jungdms.de/upload-news/Aufnahme_Hilfsmittel_in_AVB_20120222_k_252136.pdf

Kostenübernahme für ambulante Transportkosten

Ebenfalls wichtig im Rahmen der Beratung von privat Krankenversicherten ist eine mögliche Kostenübernahme für ambulante Transportkosten. Dies betrifft etwa die Transporte zu und von einer Chemotherapie oder einer mehrmals wöchentlichen Dialyse. Kosten von 1.000 Euro pro Monat sind keine Seltenheit. In den meisten Fällen sind diese Kosten privat zu tragen. Die Gothaer verspricht eine Kostenerstattung bei ärztlich bestätigter medizinischer Notwendigkeit wegen folgender Indikatoren:

- Ärztlich bescheinigte Gehunfähigkeit

Verzicht auf ärztliche Verordnung ist im Einzelfall möglich, wenn eine Gehunfähigkeit aufgrund der vorliegenden Unterlagen bereits offensichtlich ist, Beispiel totale Endoprothese des Hüftgelenks oder Knie-Totalendoprothese

- Von / zur Strahlenbehandlung
- Von / zur Dialysebehandlung
- Von / zur Chemotherapie
- Akute Unfälle
- Querschnittsgelähmte
- Wesentliche körperliche Beeinträchtigung

Bei stationären Transporten sollte weder eine Eingrenzung auf das nächste erreichbare Krankenhaus noch eine Begrenzung nach Kilometern erfolgen. Beispielsweise wird Ihr Kunde zunächst in ein Krankenhaus verbracht, welches für eine geplante Behandlung völlig ungeeignet ist (Primärversorgung). Muss der Patient nun als Sekundärversorgung in ein anderes, besser geeignetes Klinikum verlegt werden, so besteht ggf. ein Kostenrisiko je Transport von 4.000 Euro oder noch darüber hinaus.

Kostenrisiko im Zahnbereich

Das Kostenrisiko im Zahnbereich ist vergleichsweise gering. Eine Versorgung mit 60 bis 70% einschließlich Inlay- und Implantatversorgung, Kostenübernahme für Kieferorthopädie sowie funktionsanalytische Leistungen stellt Ihre Kunden jedoch weit besser als eine gesetzliche Regelversorgung. Achten Sie darauf, wie viele Implantate pro Kiefer versichert sind. Auch die Kostenübernahme für die Materialkosten ist von Bedeutung. In die Dokumentation gehören in jedem Fall Hinweise zu geltenden Zahnstaffeln und gegebenenfalls Hinweise, dass im Ausland möglicherweise nur im Rahmen der deutschen GOZ (unrealistisch!) oder gar nicht geleistet wird.

Im stationären Bereich ist den meisten Kunden erst einmal „ein Zahn zu ziehen“: es gibt zwar Chefärzte, die behandeln, aber keine Chefarztbehandlung. Vielmehr ist zu unterscheiden zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen sowie

Individualvereinbarungen. Die allgemeinen Krankenhausleistungen entsprechen dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenkasse, was bei ärztlicher Versorgung einen Facharztstandard bedingt. Geleistet wird demnach, was ausreichend, zweckmäßig und notwendig ist. Ausreichend ist es möglicherweise, sich durch einen Arzt im ersten Lehrjahr behandeln zu lassen. Zweckmäßig dafür ist das Mehrbettzimmer „für den geselligen Typ“. Abgerechnet wird seit 2004 nach Fallpauschalen, die auf Bundesebene vereinbart sind. Die Devise lautet: möglichst schnell runter vom OP-Tisch und dann der nächste Patient.

Wer sich hingegen privatärztlich behandeln lässt, d.h. eine Abrechnung nach GOÄ bis zum 3,5fachen Satz oder nach Vereinbarung auch darüber hinaus, erlangt einen Rechtsanspruch auf eine Behandlung nach allen Regeln der ärztlichen Kunst. Es wird also geschaut, welche Behandlung am besten geeignet ist, eine

dauerhafte Genesung mit möglichst geringem Komplikationsrisiko zu gewährleisten. Dabei kommen auch kostenintensive und neue Behandlungsmethoden in Frage, die von den gesetzlichen Kassen nicht übernommen werden. Sinnvoll ist auch eine Kostenübernahme für reine Privatkliniken, die nicht nach Pflegesatzverordnung abrechnen. Hier sollte eine klare Regelung zur Kostenübernahme bestehen. Beispielweise heißt es bei der **R+V**:

„Abweichend von § 4 Nr. 4 Teil II AVB/KK 2009 sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind.“ (Ziffer 3.5 der Tarife MP0, MP1, MP2 und MP3 in der Fassung vom 01.01.2009)

Vergleichbar ist auch die Erstattungspraxis der Gothaer gemäß § 4.4.1 AVB.

Behandlung in „gemischten Anstalten“

Ein häufiger Streitpunkt in der privaten Krankenvoll- und auch Zusatzversicherung ist die Behandlung in „gemischten Anstalten“.

Damit werden Krankenhäuser bezeichnet, die neben der Akutversorgung auch Reha- oder Kurmaßnahmen anbieten. Solche Kliniken haben ein natürliches wirtschaftliches Interesse daran, neben Akutleistungen auch Rehaleistungen zu erbringen. Sehr schnell erhält der Patient dann eine Rechnung, auf der beide Leistungsarten gemischt statt getrennt ausgewiesen werden. Der Versicherer ist dann aber nur Kostenübernahmepflichtig für den Teil der Akutversorgung. Um diesen Streit zu vermeiden, wurden die MB/KK* vor vielen Jahren mit Zustimmung des damaligen BAV** entsprechend gefasst, so dass die Behandlung in gemischten Anstalten nur

nach vorheriger schriftlicher Bestätigung des Versicherers erstattungsfähig ist. Hieraus ergeben sich zwei wesentliche Probleme:

- Denkt der Kunde bei planbaren Krankenhausaufenthalten an die vorherige Anfrage?

Hinweis Gothaer: Der PKV-Verband hat alle Kliniken über die Einstufung als „gemischte Krankenanstalt“ informiert. Diese informieren dann bei geplanter Aufnahme die Kunden. Die vorherige schriftliche Zusage hat nicht den Sinn eine medizinisch notwendige Leistung zu verwehren. Sinn ist es, im Interesse aller Kunden zu prüfen, ob ein Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger besteht.

- Was gilt bei Notfalleinweisungen?

Hinweis Gothaer: die Rechtsprechung ist zu beachten. Demnach ist eine Ableh-

nung aus formalen Gründen bei Notfalleinweisung nicht zulässig.

Von den etwa 2.800 Krankenhäusern in Deutschland sind rund 700 gemischte Anstalten – mit steigender Tendenz. Unter www.derprivatpatient.de/der-direktweg/dokumentedownloads.html können Sie eine Liste aller gemischten Kliniken finden. Wichtig ist in jedem Fall, dass zumindest bei Notfalleinweisungen auch dann Versicherungsschutz besteht, wenn vorher keine ausdrückliche Bestätigung der Kostenübernahme erfolgt ist.

Übrigens gilt diese Klausel auch in der stationären Ergänzungsversicherung. Hinsichtlich der gerechtfertigten Beschwerden beim Versicherungsombudsmann haben die diesbezüglichen Beschwerden schon 2008 einen unrühmlichen Platz 1 erlangt und machen rund 1/3 aller Beschwerden aus.



PKV-Expertise
für Makler:
Risiko & Vorsorge

www.risikoundvorsorge.de

Reha



In diesem Beitrag wurden bisher näher betrachtet die Primärversorgung (ambulante Heilbehandlung) sowie die Akutversorgung (Krankenhaus mit dauerhafter Beobachtung des Patienten). Üblicherweise sind beide Versorgungsformen irgendwann beendet, weil entweder eine abschließende Gesundung eingetreten ist oder eine solche nicht mehr realistisch erscheint. In so einem Fall ist üblicherweise eine Anschlussheilbehandlung (REHA; geregelt in SGB IX aus dem Jahre 2001) zur Teilhabe am Leben angeraten. Diese Rehaleistungen gibt es in verschiedenen Ausprägungen: Teilhabe am Berufsleben (behindertengerechter Umbau des Arbeitsplatzes), Unterhaltsichernde Rehabilitation (Geldtransfer) oder Hilfe bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Zusammenfassend kann von „Anschlussreha“ gesprochen werden, wenn eine ganztägige ambulante oder stationäre Behandlung in einem Krankenhaus als medizinisch erforderlich festgestellt wird und diese unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt.

Ein klassischer Fall mit Anspruch auf Rehaleistungen ist Ihr Kunde mit Prostatakrebs. Nach Entfernen der Prostata wird er inkontinent, weshalb ein Leben ohne Windeln nicht mehr funktioniert. Wenn diese Abweichung vom normalen Alterszustand mindestens 6 Monate andauert, besteht ein Anspruch auf Rehaleistungen. Optional könnten dies ein dauerhafter Geldtransfer zum Kauf von Windeln sein oder aber mittels

des Einsatzes von Heil- und Hilfsmitteln, die Inkontinenz zu beheben. Letzteres ist aus medizinischer Sicht geeigneter und zweckmäßiger und daher angeraten.

■ Sonderfall Krebs

Krebsnachsorgekuren (innerhalb eines Jahres) sind grundsätzlich versichert, sofern kein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht. Basierend auf dem Sozialgesetzbuch (§31 Abs.1 Satz 1 Nr.3 SGB VI) hat die gesetzliche Rentenversicherung Richtlinien für die Durchführung solcher Nachsorgekuren zur Onkologischen Rehabilitation aufgestellt (CA-Richtlinien).⁵

Bis zum Ablauf eines Jahres nach beendeter Primärbehandlung können vom Rentenversicherer Leistungen für „Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen“ gewährt werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass es sich nicht um Praecancerosen oder um ein Carcinoma in situ handelt. Praecancerosen sind Krebs-Vorläufer, welche sich im Laufe von Monaten bis Jahren dann zum Hautkrebs entwickeln können. Sie äußern sich durch kleine Knötchen, Rötungen oder schorfig-schuppige Flecken auf der Haut. Ein Carcinoma in situ ist ein von seiner Zellbeschaffenheit her bösartiger, jedoch örtlich begrenzter Tumor, der nicht rasch wächst, die natürlichen Gewebegrenzen nicht überschreitet und keinen Anschluss an das Blutgefäßsystem hat. Er ist daher nicht zur Metastasierung befähigt. Der Übergang in ein eindringendes Karzinom ist mög-

lich, kann aber Jahre bis Jahrzehnte dauern.

Die Prüfung einer Nachsorgekur erfolgt z.B. bei der Gothaer im Rahmen einer möglichen medizinischen Notwendigkeit. Der Versicherer prüft hier jedoch zunächst ob ein Anspruch gegenüber einem Rentenversicherungsträger besteht. Besteht kein Anspruch auf Leistungen gegenüber dem Rentenversicherungsträger, erfolge Kostenerstattung durch die PKV analog der Regelungen für eine AGM/AHB^{***}. Abweichend von einer AHB/AGM muss diese Maßnahme jedoch nicht unmittelbar nach dem Akutaufenthalt angetreten werden.

In Nordrhein-Westfalen wird dies von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkrankungen (Bochum) organisiert.

Als Träger der Reha sind in § 6 SGB IX verschiedene Stellen benannt:

- **Kriegsopferversorgung.**
Derzeit eher unwichtig, da z.B. der kriegsähnliche Zustand in Afghanistan völkerrechtlich nicht als Krieg bezeichnet wird. Die Generation der Kriegsveteranen aus dem 1. und 2. Weltkrieg stirbt allmählich aus.
- **Berufsgenossenschaften.**
Diese übernehmen Kosten für Rehamaßnahmen als Folge von Wegeunfällen. Damit erlischt der Versicherungsschutz aus diesem Bereich praktisch mit dem Ende des aktiven Berufslebens. Auch bringt die BG-Zugehörigkeit natürlich wenig bei Prostatakrebs oder anderen krankheitsbedingten Rehafällen. Viele Selbstständige sind jedoch keine Mitglieder in einer Berufsgenossenschaft und fallen daher gar nicht erst unter die Zuständigkeit dieses Trägers.
- **Gesetzliche Rentenversicherungen.**
Die überwiegende Zahl aller Rehaleistungen werden aus diesem Bereich finanziert. Auch hier wieder das große Dilemma: die weit überwiegende Zahl aller Selbstständigen und viele Freiberufler haben sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen und gehören auch keiner berufsständischen Versorgung an.
- **Träger der öffentlichen Jugendhilfe.**
Für erwachsene Kunden ohne Belang.
- **Sozialhilfeträger.**
- **Bei Beamten ggf. Dienstherren**
(allerdings nur anteilig im Rahmen der Beihilfeleistungen)

■ Wesentlicher Unterschied GKV / PKV

Nun kommt eine wesentliche Unterscheidung zwischen gesetzlich und privat versicherten Kunden.

Der Begriff „Anschluss-REHA“ (AHB) kommt aus der GKV. In der privaten Krankenversicherung ist nach SGB IX von Anschlussgesundheitsmaßnahmen (AGM) die Rede. Allerdings versichern einige private Krankenversicherer anstelle von AGM nach dem Wortlaut ihrer Bedingungen nur AHB, meinen damit jedoch dasselbe.

Das eigentliche Problem liegt darin, dass viele private Krankenversicherer gar keine AGM erstatten und ein Selbstständiger, der sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen hat, damit schlechter gestellt wird als ein solcher, der rentenversicherungspflichtig geblieben wäre. Aus einer früher bestehenden Zugehörigkeit zur gesetzlichen Rentenversicherung ist nur im Ausnahmefall ein Rehaanspruch ableitbar. In der Regel werden gesetzliche Rehaleistungen nur erbracht, wenn der Versicherte die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat oder er in den letzten 24 Monaten mindestens sechs Monate Pflichtbeiträge entrichtet hat. Alternativ kann auch eine Erwerbsminderungsrente einen Leistungsanspruch begründen. Obwohl es noch einige Sonderfälle zur Leistungsbegründung gibt, ist es eher die Ausnahme, dass jemand, der nur früher Mitglied der gesetzlichen Rentenversicherung war, heute noch einen Leistungsanspruch daraus für sich ableiten kann.

Nach § 40 (4) SGB IX ist nachrangig zu den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern die GKV zur Finanzierung von Rehaleistungen zuständig. Wenn also auch diese gekündigt wird, um in den Genuss privaten Krankenversicherungsschutzes zu kommen, sollte ein Makler penibel darauf achten, dass zumindest der private Krankenversicherer bedingungsgemäß entsprechende Leistungen vorsieht. Nach § 5 MB/KK 2009 muss dies nämlich ausdrücklich tariflich vorgesehen sein.

Das durchschnittliche Kostenrisiko liegt bei bis zu 1.000 Euro pro Tag und stellt auch ein Restrisiko für Beihilfeversicherte dar.

Eine Reihe von Versicherern sehen für nicht beihilfeberechtigte Kunden generell keinen bedingungsgemäßen Versicherungsschutz für ambulante oder stationäre Kuren vor.

Keine bedingungsseitige Kostenübernahme für ambulante Kuren in einer reinen Kur- oder Rehaeinrichtung z.B.:

Continentale, DEVK, LVM, SDK (abweichend mitversichert ab 01.2012 in allen Vollversicherungstarifen außer dem S103), Signal Iduna

Keine bedingungsseitige Kostenübernahme für stationäre Kuren in einer reinen Kur- oder Rehaeinrichtung z.B.:

Axa, Continentale, Deutscher Ring, DEVK, LVM, Münchener Verein, Nürnberger, PAX-Familienfürsorge, Signal Iduna, uniVersa

Bei einer AGM/AHB sieht die Gothaer, bei entsprechender Indikation, eine medizinische Notwendigkeit für eine Weiterbehandlung im stationären Rahmen im Sinne von §1 Abs.2 AVB. Die Weiterführung der medizinisch notwendigen stationären Maßnahme erfolge dann jedoch in einer anderen Klinik. Voraussetzung sei, dass kein gesetzlicher Rehabilitationssträger leistungspflichtig ist, und die Kostenübernahme gemäß 4.Abs.5 AVB zuvor beantragt wurde.

■ Ausdrückliche Mitversicherung von Kurleistungen

Die ausdrückliche Mitversicherung von Kurleistungen ist darüber hinaus auch bei den positiv zu benennenden Tarifen sehr unterschiedlich. Meist sehen PKV-Tarife keine oder nur sehr eingeschränkte Leistungen für Kuren vor. Die **Axa** beispielsweise erstattet über Ziffer 17 der AVB subsidiär maximal 8 Wochen lang bis zu 80% der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, sofern es sich um die erste stationäre Entziehungs- / Entwöhnungsmaßnahme in der Krankenvollversicherung handelt und diese vor Beginn der Maßnahme beim Versicherer beantragt wurde. Weitergehende Kurkosten können bei der Axa über den speziellen Kurtarif 350E-N abgesichert werden. Dieser ist eine Mischung aus einem Kurtagegeld und einem Kurkostentarif. Unterschieden werden reine Genesungskuren im Anschluss an einen stationären Aufenthalt sowie sonstige Kuren in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium). Die Kosten für sonstige Kuren (z.B. zur stationären Behandlung eines bisher nur ambulant behandelten Burnoutsyndroms) werden in Höhe von

8,00 Euro je Tag und Tarifstufe (max. 30 Tage innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren) übernommen. Wer also 6 Wochen in einem Sanatorium behandelt wird, erhält ohne vorhergehenden stationären Aufenthalt maximal 1.680 Euro (210 Stufen * 8 Euro).

Tarifstufen: Üblicherweise können z.B. Krankentagegelder, Krankenhaustagegelder, Pflegetagegelder und viele andere Tagegelder in Tarifstufen zu 5 Euro abgesichert werden. So wären dann 10 Euro etwa 2 Tarifstufen. Leider wird auch in den Bedingungen keine verbraucherfreundlichere Nomenklatur verwendet.

Die beiden Tochtergesellschaften der VGH, die **Alte Oldenburger Krankenversicherung AG** sowie die **Provinzial Krankenversicherung Hannover AG**, bieten jeweils einen optionalen Kurtarif an. Über diesen kann bei der Alte Oldenburger ein Tagessatz von maximal 120 Euro versichert werden, bei der Provinzial liegt der maximale Tagessatz bei 100 Euro. Für stationäre Kuren in einer reinen Kurklinik stünden hier bis zu 28 Tage innerhalb von 3 Jahren in Höhe von 50% des versicherten Tagessatzes, also maximal 1.400 Euro zur Verfügung. Bei der Alte Oldenburger wird je ein stationärer Kuraufenthalt innerhalb von 3 Kalenderjahren ohne zeitliche Begrenzung zum vereinbarten Tagessatz versichert. Bei ambulanter Kurbehandlung ist die Erstattung auf den 10fachen Tagessatz je Versicherungsfall, also höchstens 1.200 Euro, begrenzt.

Nimmt man den Tarif AktiMed Best 90 der **Allianz**, so erstattet dieser für ärztlich verordnete ambulante und stationäre Kuren höchstens 1.000 Euro innerhalb von 24 Monaten, der Tarif AGIL premium der **R+V** für ambulante und stationäre Kuren jeweils je nach Tarifstufe bis zu 1.800 Euro alle 3 Jahre. Nicht überzeugen tut auch der Tarif 240 der **Arag**. Hier sind erstmals 2 Jahre nach Vertragsbeginn und dann alle 3 Jahre höchstens 28 Tage zu 12 Euro täglich versichert. Tatsächlich ist jedoch eine Rehamaßnahme von sechs Wochen oder mehr bei z.B. Depressionen und Burnout keine Seltenheit, so dass auch hier ein erheblicher Eigenanteil an Kosten verbleiben kann. Regelmäßig wird diese zudem nicht als AHB / AGB durchgeführt, sondern losgelöst von einer vorherigen Akutbehandlung im Krankenhaus.

Positiv ist daher der Tarif easyflex Comfort 1Plus der **Barmenia** hervorzuheben, der Gebühren für Genesungs-

kuren (ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandsmittel, tariflich definierte Heilmittel sowie Kurtaxe) bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erbringt. Erstattungsfähig ist höchstens eine Kur innerhalb von zwei Kalenderjahren ab Beginn der letzten Kur, für die Leistungen erbracht wurden. Neben den eigentlichen Kurkosten wird bei Genesungskuren zusätzlich ein Genesungsgeld von 75 Euro pro Tag für einen Zeitraum von maximal vier Wochen erbracht. Eine Genesungskur liegt vor, wenn eine mindestens zehntägige Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und der Kuraufenthalt spätestens sechs Wochen nach Abschluss der stationären Krankenhausbehandlung begonnen hat.

Diese Regelung kann als nahezu vorbildlich betrachtet werden, da die Kostenübernahme für die eigentlichen Kurleistungen entscheidend ist und nicht das zusätzlich gezahlte Genesungsgeld. Ähnlich empfehlenswert, wenn auch ohne ergänzendes Genesungsgeld sind in diesem Zusammenhang z.B. die Tarife S3 der **Bayerischen Beamtenkrankenkasse**, MediVita der **Gothaer** oder die Tarife AV, KS, Primo und NK der **Hallesche**. Beispiel NK der Hallesche:

„4. Kurtagegeld

Im Anschluss an einen mindestens 14-tägigen Krankenhausaufenthalt wird ein Kurtagegeld in Höhe von 11 € für die Dauer der Kur, höchstens aber für 28 Tage gezahlt. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die Kur innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes beginnt, von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird. Das Kurtagegeld wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.“

■ Kurunterbrechung

Ein generelles Problem haben alle diese Regelungen, wenn eine Kur zwangsweise unterbrochen werden muss. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine Blinddarmoperation dazwischen kommt. Hier beginnt nämlich erneut eine Akutversorgung, so dass eine Fortsetzung bzw. Wiederaufnahme der alten Kurbehandlung unversichert bliebe.

Einige Versicherer sehen nur diagnosebezogene AGM-Maßnahmen als mitversichert an. So fehlen beispielsweise im

Diagnosekatalog der **HanseMerkur** fast alle onkologischen Erkrankungen (Krebs), die tatsächlich jedoch gut 50% aller Reha-Maßnahmen ausmachen. Ähnlich sieht es bei der **AXA** aus. So besteht nach Nr. 13 b) der AVB zwar ausdrücklich Versicherungsschutz für AGM-Maßnahmen beispielsweise für Herztransplantationen, nicht jedoch für die weitaus häufigeren Nierentransplantationen. Laut AXA würde man entsprechende Kosten abweichend zu den Bedingungen selbstverständlich auch erbringen. Eine entsprechende Klarstellung werde es in der nächsten Überarbeitung zu den AVB geben, für die jedoch bei Redaktionsschluss noch kein konkreter Termin zur Verfügung stand.

Dabei sind andere häufige Operationen durchaus konkret benannt, so z.B. Bypassoperationen, Bandscheibenoperationen oder Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen. Laut Axa stellen Arbeitsrichtlinien sicher, dass auch bei Nierenoperationen in diesem Fall eine entsprechende Leistung erbracht werde. Eine bedingungsseitige Klarstellung wäre allerdings deutlich vorteilhafter, da Arbeitsanweisungen anders als vorgenannte Klarstellungen nur schwer einklagbar sein dürften.

Allgemeines Beratungs Know-how

Welche Sorgen haben Kunden, die den Wechsel in die private Krankenversicherung in Erwägung ziehen?



In der Regel dürften Kunden immer folgende Kernängste haben:

- Kann ich zurück in die GKV kommen?
- Stimmt es, dass die Beiträge mit der Zeit immer mehr ansteigen?

- Was ist bei Arbeitslosigkeit und Berufsunfähigkeit?
- Sind die Beiträge im Alter noch bezahlbar?
- Was ist mit der Familienversicherung?

Es ist sinnvoll und wichtig, diese Fragen vor Vertragsabschluss offensiv anzugehen und mit dem Kunden zu besprechen. Grundsätzlich ist eine Rückkehr in die GKV nur unter sehr restriktiven Voraussetzungen möglich. Detaillierter wurden diese in „Risiko & Vorsorge“ 2/2011, S. 53 behandelt. Demnach können Selbstständige, die ihr Gewerbe abmelden, zurück in die GKV, wenn sie Arbeitslosengeld I beziehen oder als Folge der Aufnahme einer Beschäftigung als Arbeitnehmer für mindestens 12 Monate sozialversicherungspflichtig werden und dabei unter der Beitragsbemessungsgrenze verdienen. Dies ist allerdings nur vor Vollendung des 55. Lebensjahres möglich und an weitere Voraussetzungen gekoppelt, wobei auch die Besonderheiten zur Krankenversicherung der Rentner zu erwähnen sind.

Mitversicherung von Kindern

Sollen Kinder mitversichert werden, so ist gerade bei Beamten auf die Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Beihilferecht hinzuweisen. Zunächst einmal gestaltet sich der private Krankenversi-

cherungsschutz hier als besonders günstig. Dies ändert sich jedoch mit der Vollendung des 25. Lebensjahres, da dann der elterliche Beihilfeanspruch entfällt.

Bei der Versicherung von Studenten sollten diese darüber aufgeklärt werden, dass sie zwar die Möglichkeit haben, sich von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht zu befreien, jedoch eine Rückkehr in die GKV vor Beendigung des Studiums dann in jedem Fall ausgeschlossen ist.

Tarifumstellung / Basistarif

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, von einem leistungsstarken Tarif in den Basistarif umzustellen, der seit dem 01.01.2009 existiert. Dieser ist vergleichbar mit dem Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen, wobei jedoch einzelne Kassen laut Satzung spezielle Leistungen vorsehen, welche für den Basistarif keine Geltung haben. Aufgrund neu geschaffener Regelungen für hilfebedürftige Personen (siehe SGB XII § 32) zahlen freiwillig gesetzlich oder privat versicherte Selbständige, die Alg II erhalten, anstelle des vollen Höchstbetrages von 592,88 Euro monatlich für das Jahr 2012 nur den halben Höchstbetrag. Dieser so berechnete Beitrag erhöht sich um den durchschnittlichen Zusatzbeitrag der gesetzlichen Kassen. Da dieser 2011 und 2012 bei 0 Euro lag, beträgt der halbe Höchstbetrag aktuell 296,44 Euro monatlich.

Freiwillig gesetzlich versicherte Personen, die weder versicherungspflichtig noch familienversichert sind, erhalten 2012 nach § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB II den Mindestpflichtbeitrag zur GKV in Höhe von 130,38 Euro als Zuschuss gewährt. Daraus errechnet sich ein tatsächlicher Mindestbeitrag von 166,06 Euro monatlich (296,44 Euro minus 130,38 Euro). Dabei wird der gesetzliche Pflichtbetrag während des Leistungsbezuges voll übernommen.

Seit 2009 wurde bei privat Versicherten der gleiche Betrag, der bei GKV-Versicherten als ALG-II-Empfängern anfällt, gezahlt. Mit Urteil vom 18.01.2011 hat das Bundessozialgericht entschieden, dass bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen die Kosten einer angemessenen Krankenversicherung bis zum Betrag des hälftigen Beitrags im Basistarif zu leisten seien. Diese Entscheidung wirkt aber nicht unbeschränkt in die Vergangenheit. Siehe hierzu die Ge-

schaftsanweisung der Bundesagentur für Arbeit: http://www.arbeitsagentur.de/nn_166486/zentraler-Content/HEGA-Internet/A07-Geldleistung/Dokument/GA-SGB-II-NR-08-2011-04-06.html. Bis zu dieser Gesetzesänderung hatten sich viele PKV-Versicherte teilweise erheblich verschuldet: Was mit den bisher angehäuften Schulden passieren soll, ist weiterhin ungeklärt:

Zum 19.08.2011 wurde ein Schulden-erlass für alle Hartz-IV-Empfänger erwo-gen.⁷ Damit wären allen privat kranken-versicherten Alg-II-Beziehern die aufge-laufenen Beitragsschulden zu erlassen. Eine abschließende Entscheidung hierzu wurde jedoch nicht bekannt.⁸

Gesetzlich besteht ein Sicherstellungs-auftrag durch die Krankenkassen, dass der Basistarif Versorgungsleistungen im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen hat. Damit ist der Leistungsumfang gesetzlich umschrieben und der PKV-Verband mit der konkreten Ausgestaltung beauftragt. Das Restrisiko für privat Krankenversicherte hält sich demnach in Grenzen.

Beitragsentwicklung

Was die Beitragsentwicklung in der PKV betrifft, so gibt es hierzu höchst unterschiedliche Statistiken. Allen gemein ist, dass medizinischer Fortschritt und eine damit verbundene höhere Lebenserwartung zwangsläufig zu höheren Kosten in GKV und PKV führen. Um diese Kosten nicht in voller Höhe an ihre Versicherten weiterzugeben, wird die gesetzliche Krankenversicherung in regelmäßigen Abständen reformiert, was tatsächlich einer steten Leistungsminderung gleichkommt. In der PKV hingegen sind die einmal vereinbarten Leistungen in der Regel bis zum Lebensende garantiert. Eine Änderung der Leistung ist nur unter strengen Voraussetzungen und mit Zustimmung eines Treuhänders möglich. Damit bleibt den Versicherern nur die Möglichkeit, Beiträge und Selbstbehalte an die steigende Kostenentwicklung anzupassen.

Gestiegene Kosten werden an die Versicherten weitergereicht, wenn die kalkulierten Kosten von den tatsächlichen Leistungsausgaben um einen definierten Prozentsatz (meist 5 oder 10 %) abweichen, wobei der auslösende Faktor 10% nicht übersteigen darf. Auslösende Faktoren können z.B. medizinischer Fortschritt oder gestiegene Lebenserwar-

tung sein. Je nach Höhe des auslösenden Faktors kann beim Kunden der Eindruck entstehen, dass gestiegene Kosten jährlich weitergereicht werden, was eine einigermaßen gleich bleibende Beitragsentwicklung bewirkt. Andere Versicherer mit einem höheren auslösenden Faktor reichen die Beitragserhöhung mit entsprechender zeitlicher Verzögerung weiter, was zu Beitragssprüngen führen kann, bis dahin jedoch die Attraktivität für das Neugeschäft erhöht.

Obwohl das Prinzip alle Gesellschaften gleichermaßen betrifft, gibt es natürlich solche, die sich durch eher stabile Beiträge auszeichnen und andere, deren Beitragsentwicklung gefühlt der Inflation in manchen Schwellenländern nahezu kommen scheint.

Arbeitslosigkeit und Berufsunfähigkeit

Beiträge sind grundsätzlich auch bei Arbeitslosigkeit oder Berufsunfähigkeit zu zahlen. Daher sollte zumindest eine BU-Rente ausreichend hoch bemessen sein, um auch die Beiträge für die private Krankenversicherung abzudecken. Mehr dazu finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 1/2011 auf S. 20.

Trotz der Verpflichtung jedes Versicherers, Rückstellungen für das Alter zu bilden, muss man sich nichts vormachen: die Beiträge in der PKV sind auch noch im Rentenalter fortzuzahlen, während dies für viele GKV-Versicherte nicht oder nur in deutlich verminderter Höhe zutrifft. Daher ist es anzuraten, neben dem eigentlichen Versicherungsvertrag einen Sparplan für das Alter zu gestalten, aus dem später die monatlichen Beiträge finanziert werden können.

Während die Beitragshöhe in der GKV vom persönlichen Einkommen abhängt, sind Beiträge in der PKV stets für jede versicherte Person separat zu zahlen. Eine Familienversicherung scheidet demnach aus. Mehr Details zum Thema siehe „Risiko & Vorsorge“ 1/2011, S. 18-20.

Um einen leistungsstarken Versicherungsschutz dauerhaft bezahlen zu können, sollte ein Versicherer die Tarife möglichst in verschiedenen Selbstbehaltstufen anbieten. Sinnvoll ist auch die Option auf Höherversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Nachversicherung von Kindern

Mögliche Leistungsprobleme kann es im Rahmen der privaten Krankenversiche-

rung auch dann geben, wenn es um eine Kindernachversicherung geht. Nach § 198 VVG ist eine rückwirkende Versicherung neu geborener Kinder innerhalb von zwei Monaten nach Geburt möglich, wobei eine Höherversicherung als im Tarif der Eltern nur möglich ist, wenn entweder der Tarif eine solche Option offen hält oder der Gesundheitszustand des Kindes dies zulässt.

Problematisch wird es, wenn ein Kind angeborene Anomalien hat und die Diagnose bereits vor der Geburt erfolgte. Grundsätzlich beginnt eine Heilbehandlung nämlich mit der Diagnose. Oft besteht Versicherungsschutz bedingungs- gemäß jedoch nur für Versicherungsfälle ab Geburt. Dies führt dazu, dass der Leistungsfall bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist und damit nicht mehr unter den Versicherungsschutz fallen würde. Als die entsprechenden Regelungen in die Bedingungen geschrieben wurde, dachte man noch nicht an eine spätere Möglichkeit der pränatalen Diagnostik.

Grundsätzlich hat der BGH bereits vor einigen Jahren entschieden, dass pränatale Schädigungen – auch soweit pränatal festgestellt – versichert seien (BGH 27.09.2000, VersR 2000, 1533). Dies gilt sinngemäß auch für Adoptivkinder. Diese sind dabei rechtlich eigenen Kindern gleichgestellt, wobei der Zeitpunkt der Adoption sinngemäß als „Geburt“ eines neuen Kindes gewertet wird.⁶

Leider besteht bei Kindern, die in Deutschland zur Adoption freigegeben werden, eine statistisch weit überdurchschnittliche Wahrscheinlichkeit, dass diese unter etwaigen Vorerkrankungen (Anomalien) leiden. Entsprechend besteht das Risiko, dass die Aufnahme

adopterter Kinder in die private Krankenversicherung nur erschwert möglich ist. Dabei ist eine Ablehnung nur bei volljährigen Personen möglich, ansonsten ist ein Risikozuschlag nach § 198 Abs. 2 S. 2 VVG auf die einfache Prämienhöhe begrenzt. Eine bedingungs- seitige Regelung kann daher sinnvoll sein, wonach bereits angeborene Anomalien automatisch mitversichert sind.

Auslandsgeltung

Abschließend sollte mit den Kunden der Umfang der Auslandsgeltung besprochen werden. In der Regel gilt der Versicherungsschutz europaweit und auf Vereinbarung weltweit. Leistungen im Ausland werden oft in eine nach deutschem Recht geltende Fallpauschale umgerechnet, wobei der Versicherungsnehmer die Kostendifferenz zwischen Fallpauschale und tatsächlichen Kosten zu tragen hat. Damit besteht in der Regel kein Versicherungsschutz für zielgerichtete Auslandsheilbehandlungen.

Eine Auslandsreisekrankenversicherung sollte obligatorisch den Versicherungsschutz abrunden, gilt jedoch lediglich für die Akutversorgung im Ausland. Meist werden hier nur Behandlungen sowie medizinisch notwendige Krankentransportkosten übernommen. Letzteres gilt allerdings nicht für eine zielgerichtete Reise zur Heilbehandlung.

Gefährlich kann es auch werden, wenn eine Heimreise beispielsweise wegen eines Koma nicht zeitnahe und wie geplant angetreten werden kann. In aller Regel verlängert sich der Versicherungsschutz im Ausland nicht bis zu dem Zeitpunkt, wo eine Rückreise medizinisch unbedenklich angetreten werden kann, sondern höchstens um zwei wei-

tere Monate. Das Problem kann jedoch auch auftreten, wenn die Heimreise nur deshalb nicht angetreten werden kann, weil z.B. ein Lotsenstreik den Urlaub ungeplant verlängert.

Hinzuweisen ist auch auf eine mögliche Wohnsitzverlegung innerhalb von EU oder EWR. Nach § 1 (5) MB/KK 2009 werden Leistungen in der Regel nur im Umfang der Leistungen erbracht, die auch im Inland gezahlt würden. Dies muss im Ausland nicht gelten, zumal dortige Ärzte nicht an deutsche Fallpauschalen oder überhaupt eine in Deutschland gültige GOÄ / GOZ gebunden sind. Noch höher ist das Kostenrisiko bei Reisen in die USA, Kanada oder Japan.

Während Ärzte in Deutschland aufgrund der Regelungen in § 12 SGB V direkt gegenüber dem Patienten zur Schadenminderung verpflichtet sind (Wirtschaftlichkeitsgebot), also an eine Gebührenordnung gebunden sind, gilt dies nicht im Ausland. Daher können tatsächliche Kosten im Ausland weit höher als im Inland ausfallen.

MB/KK* Musterbedingungen für Krankheitskosten
BAV** Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
AGM/AHB*** Anschlussgesundheitsmaßnahmen / Anschlussheilbehandlung

¹ Siehe <http://smokinchoices.wordpress.com/2011/07/20/dr-burzinskis-cancer-cure-vs-fda/>

² Kosten zitiert nach Hagen Engelhard vom 28.09.2011

³ Siehe auch http://www.hexal-medizinlexikon.de/index_hxmod_id_h07935.000_useinput_Starr-Edwards-Prothese.php

⁴ Quelle: <http://www.labor-limbach.de/Hygiene-Dialysewasse.161.0.html> mit Stand 25.10.2011

⁵ Siehe http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_31ANL5

⁶ Ausführlichere Informationen zur Urteilsbegründung finden Sie unter anderem in Axel Fortmanns Buch „Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung. Aktuelle Fragen der Leistungs- und Rechtspraxis“ aus dem Verlag Versicherungswirtschaft (2. Auflage aus 2011).

⁷ Quelle: <http://www.seiten.faz-archiv.de/faz/20110819/fd3201108193205436.html> sowie <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=47014>

⁸ Letzter bekannter Stand ist die Drucksache 17/7129 des Deutschen Bundestages vom 23.09.2011 (Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN). Siehe auch Versicherungsjournal vom 03.11.2011: <http://www.versicherungsjournal.de/markt-und-politik/einigung-ueber-beitragsschulden-bei-der-pkv-steht-noch-aus-109954.php>.

Ihre Beratungs-Dokumentation

Achten Sie im Rahmen der Dokumentation darauf, dem Kunden die wichtigsten Obliegenheiten und Einschränkungen des gewählten Versicherungsschutzes an die Hand zu geben. Hier eine beispielhafte Auswahl:

- Ihr Kunde wünscht eine Mitversicherung nur allgemeiner Krankenhausleistungen, d.h. Behandlung wie ein gesetzlich Versicherter und ohne Anspruch auf privatärztliche Leistungen
- Anzeige jeder Krankenhausbehandlung binnen von 10 Tagen
- Kontaktaufnahme mit Krankenhaus zur Prüfung des Klinikstatus (Stichwort: gemischte Anstalten)
- Hinweis auf gesetzliche Schadenminderungspflicht
- Fristen und Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Optionsrechten zur Höherversicherung beim gleichen Versicherer