



FAMOSE FASSUNG:
Hochwertige, teure Brillengestelle können zumindest teilweise über eine private ambulante Zusatzpolice abgerechnet werden

GESUNDHEIT

Alles schön im Blick

Den Heilpraktiker, bestimmte Hilfsmittel und auch LASIK-OPs müssen **gesetzlich Versicherte selbst bezahlen**. Oder zur **ambulanten Zusatzpolice** greifen. Welche **Tarife erste Wahl** sind

von THOMAS SCHICKLING

Wie sagt so schön der Advokat: „Scientia potentia est“ – Wissen ist Macht! Und ergänzt schnell: „In legibus salus civitatis“ – in den Gesetzen liegt das Wohl der Bürger.

Ein Blick ins Gesetz erspart viel Geschwätz. Keine Frage: Wissen und Gesetze erleichtern schon mächtig unser Leben. Wer etwa als gesetzlich Versicherter abchecken will, welche Leistungen er eigentlich heute von Krankenkassen zu erwarten hat, wirft einen Blick ins Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Dort steht: Versicherte haben Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung. Hierzu zählen ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlung sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen.

Außerdem schreibt das SGB V expressis verbis vor, dass sämtliche Kassenleistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu genügen haben. Das heißt im Klartext: Medizinische Leistungen müssen zwar ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, dürfen allerdings das Maß des Notwendigen (leider) nicht überschreiten.

Was in der Praxis dazu führt, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) manche medizinischen Leistungen für ihre Klientel gar nicht übernimmt – oder nur einen gewissen Teil davon trägt.

Die meisten und auch die teuersten Zuzahlungsleistungen decken dabei wichtige und medizinisch sinnvolle Behandlungsfelder ab, behauptet zumindest die Generali Deutschland. Was GKV-Patienten zu wahren „Zuzahlungsmeistern“ mache: Im Durchschnitt kosteten die zusätzlichen Behandlungen pro Person im Jahr 2021 knapp 1500 Euro. Betroffen war davon im Schnitt fast jeder fünfte gesetzlich Versicherte. Diese Bilanz zieht der aktuelle ►

„Zuzahlungsreport“ der Generali. Für den Report wurden die Leistungsfälle der Generali Krankenversicherung hinsichtlich der Kosten analysiert, die nach Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung von den Versicherten pekuniär aus eigener Tasche zu tragen waren.

Den überwiegenden Anteil aller Extrakosten für Gesundheitsleistungen (mehr als 60 Prozent) stemmen Kassenpatienten, die 50 Jahre oder älter sind, rechnet die Generali-Studie vor. Dabei steigen die Kosten pro Person mit zunehmendem Alter: Krankenversicherte ab 50 Jahren müssen im Schnitt 2100 Euro pro Jahr aus eigener Tasche zahlen. Ab 70 Jahren liegt der Betrag bereits bei 3500 Euro – und ab 80 Jahren sogar bei stolzen 4800 Euro jährlich.

Im ambulanten Bereich haben gesetzlich Versicherte am zweithäufigsten Mehrkosten privat getragen, so die Generali-Erhebung. In rund 48 Prozent der Fälle betraf dies sogenannte Hilfsmittel, beispielsweise Sehhilfen, Hörgeräte, Rollstühle, Rollatoren oder Gehhilfen. Gemäß dem gesetzlich verankerten Sachleistungsprinzip haben gesetzlich Versicherte zwar Anspruch auf eine mehrkostenfreie Hilfsmittelversorgung. Für die Hilfsmittel und die damit verbundenen Dienstleistungen ist von ihnen lediglich die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung von maximal zehn Euro zu leisten.

Mehrkosten Eigenleistung. Gleichwohl können Versicherte im Sinne der Wahlfreiheit – etwa aus Gründen der Ästhetik oder des Komforts – auch eine Ausstattung oder Leistung wählen, die über das medizinisch oder therapeutisch Notwendige hinausgeht. Die dadurch bedingten Folgekosten, die sogenannten Mehrkosten, haben sie in diesem Fall selbst zu tragen. Laut aktuellem „5. Mehrkostenbericht“ des GKV-Spitzenverbands haben Kassenpatienten im Jahr 2022 bei rund 21 Prozent aller Hilfsmittelversorgungen Mehrkosten in Kauf genommen. Bei Hörhilfen beispielsweise rangierten dabei die Mehrkosten im Schnitt bei stolzen 1404 Euro.

Auch für einige alternativ- respektive komplementärmedizinische Leistungen, für die es keinerlei evidenzbasierte Nachweise über deren Wirksamkeit gibt, zahlen AOK & Co. keinen Cent. Dazu gehören Behandlungen und Medikationen vom Heilpraktiker und Brillengläser für Erwachsene. Bei Gläsern machen die Krankenkassen nur noch Festzuschüsse locker, wenn etwa die Fehlsichtigkeit des Patienten auf einem Auge mehr als sechs Dioptrien beträgt oder eine starke Hornhautkrümmung ab 4,25 Dioptrien vorliegt. Und für Kontaktlinsen zahlt die Kasse lediglich dann anteilig, wenn ein Augenarzt die medizinische Notwendigkeit attestiert.

Wer auf solche Leistungen heute gesteigerten Wert legt oder womöglich legen muss, sollte als gesetzlich Krankenversicherter über eine private ambulante Zusatzpolice nachdenken. Hier ist allerdings Vorsicht geboten! Denn nicht wenige Tarife am Markt sind im Hinblick auf die Leistungen viel zu teuer – bezuschussen sie doch die Ausgaben oftmals nur in homöopathischen Dosen.

Welche ambulanten Policen einen gesunden Mix aus umfassenden Leistungen und vernünftigen Prämien bieten – das zeigt der Test von FOCUS MONEY und dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSI) in Köln. Einer eingehenden Diagnose unterzogen dabei die DFSI-Fachleute insgesamt 21 Versicherer mit 49 Tarifvarianten mit und ohne Altersrückstellungen (s. Methode S. 75 o.).

Resümee: Keiner der vom DFSI gescannten Tarife konnte zwar die Top-Note „Hervorragend“ erreichen. „Bei Policen mit Altersrückstellungen erzielten in der Analyse aber immerhin vier Tarife die Bestnote ‚Sehr Gut‘“, bilanziert Sebastian Ewy, DFSI-Projektleiter (s. Tabelle rechts). Und zwölf Verträge wurden von den Ex-

perten des DFSI noch mit „Gut“ bewertet. In diesem Kontext für Versicherte äußerst wissenswert: Tarife mit Altersrückstellungen schützen Kunden vor Preisexplosionen bei fortschreitendem Alter, da die monatlichen Beiträge in aller Regel konstant bleiben.

Nicht vorhersehbar. Nicht so ambulante Tarife ohne Altersrückstellungen, bei denen der Kunde nicht kalkulieren kann, was er in den Folgejahren nach Vertragsschluss an Prämie berappen muss. „In dieser Kategorie exponierten sich insgesamt sechs Tarife mit einem ‚Sehr Gut‘“, sagt Ewy. Und drei Policen wurden vom DFSI noch mit der Gesamtnote „Gut“ (s. Tabelle unten) hervorgehoben.

Zu den Leistungen ambulanter Zusatzversicherungen gehört neben dem Heilpraktiker und Heil- und Hilfsmitteln auch die Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente, etwa homöopathischer Globuli. Zwar bezuschusst die eine oder andere Kasse im Rahmen ihrer Satzungsleistungen homöopathische Präparate. Doch dagegen regt sich gerade Widerstand in der Politik. Angesichts der dünnen Finanzdecke der GKV erklärte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach bereits im Juni mit Blick auf die Homöopathie: Ob die Krankenkassen Kosten für „Maßnahmen übernehmen sollten, deren Wirkung nicht nachgewiesen worden ist oder nicht nachgewiesen werden kann, sollte keine offene Frage mehr sein.“ ■

Ambulante Zusatzversicherungen: insgesamt zehn Tarife mit dem Qualitätsurteil „Sehr Gut“

Unternehmen	Tarifname
Allianz	AmbulantBest (AB02)
AXA	MED Komfort-U
Münchener Verein	Dt. Ambulantversicherung Premium (172+173+178)
SIGNAL IDUNA	AmbulantPLUS
ARAG	483
Continentale	CEK-PLUS-U
Debeka	EApplus
Generali Deutschland	PlanA
Gothaer	MediAmbulant + MediPrävent Premium
Hallesche	AE.3
HanseMerkur	EST
LVM	Natur, A&O, Check
Mecklenburgische	proMEZApplus
Provincial Kranken	top fit
R+V	Blick + Check premium (BC1U)
Württembergische	Natur MedPlus (NH)
Barmenia	Mehr Gesundheit 2000 + Mehr Sehen
DKV	KombiMed Balance KABN
Mecklenburgische	proME Ambulantplus und proME Natur
NÜRNBERGER	AMed, SuH und VORS
SDK	Ambulant 100 (AP1)
SIGNAL IDUNA	AmbulantPLUSpur
HanseMerkur	EVHS
INTER	INTER QualiMed Z APS
Württembergische	VSU

Quelle: DFSI; Stand: August 2023; innerhalb derselben Noten alphabetische Sortierung nach Unternehmens-

TARIFE MIT ALTERSRÜCKSTELLUNG

TARIFE OHNE ALTERSRÜCKSTELLUNG

METHODE

Mehr als 70 Merkmale

■ Für den Test hat das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI) aktuelle, am Markt erhältliche Zusatzversicherungspolizen mit ambulanten Zusatzleistungen eingehend einer Analyse unterzogen. Dazu ermittelte das DSFI per Fragebogen zahlreiche für die Police relevante Tarifdetails bei den Assekuranzen. Den Fragebogen komplett ausgefüllt und zurückgesandt haben schließlich 21 Gesellschaften mit insgesamt 49 unterschiedlichen Tarifvarianten. Veröffentlicht wurde die jeweils beste Tarifvariante nach Bewertung der Tarifmerkmale, unterteilt nach Tarifen mit und ohne Altersrückstellung.

■ Bei der Bewertung von rund 70 Leistungsmerkmalen prüfte das DFSI nicht nur den Inhalt der Klauseln, sondern achtete auch darauf, dass diese fair und kundenfreundlich sind. Für jede positive Regelung verteilten die Experten – abhängig von der Vorteilhaftigkeit – einen viertel, einen halben, einen oder zwei Punkte. Mussten die Assekuranzen bei den Fragen passen, gab es keine Punkte. Dabei wurden Leistungsmerkmale in die Bereiche Allgemeine Bedingungen, Seh-/Hörhilfen, Ambulante Naturheilverfahren, Vorsorgeuntersuchungen/Impfun-

gen und Weitere Bestandteile unterteilt und getrennt analysiert.

■ Für die Bewertung der Prämie wurden die Altersgruppen 25, 35, 45 und 55 Jahre abgefragt, zu einer Durchschnittsprämie zusammengefasst und ins Verhältnis zur günstigsten Prämie gesetzt.

■ In der Gesamtbewertung wurde der Leistungswert mit 70 und der Preis mit 20 Prozent gewichtet. Darüber hinaus wurden die umgerechneten Noten der Finanzstärke des jeweiligen privaten Krankenversicherers mit zehn Prozent gewichtet und zu den beiden anderen Kennzahlen addiert.

■ Die Gesamtnote ergibt sich aus der erzielten Punktzahl. Sie reicht von „Hervorragend“ bis „Mangelhaft“. Die Bestnote „Hervorragend“ erhielt dabei jener Tarif, welcher mit seiner Punktzahl im Bereich der obersten zehn Prozent zwischen null und dem höchsten von einem Anbieter erzielten Wert lag. Die Note „Sehr Gut“ hingegen ging an die darunterliegenden zehn Prozent auf der Punkteskala. Die übrigen Bewertungen („Gut“, „Befriedigend“, „Ausreichend“, „Mangelhaft“) erfolgten dann in 20-Prozent-Schritten.



Wartezeit	vereinfachte Gesundheitsfragen	Kostenübernahme Sehhilfen	Kostenübernahme LASIK-OP/Hörhilfen	Kostenübernahme Naturheilverfahren	Kostenübernahme Vorsorge/Impfungen/Arzneimittel	Bewertung Tarifleistungen	Prämie für 25-Jährige/45-Jährige ¹	Note Finanzkraft	Gesamtbewertung
3 Mon.	Ja	100%, 300€, alle 24 Mon.	Nein / Ja	80%, 1000€, alle 24 Mon.	Ja / Nein / Ja	Sehr Gut	17,79€ / 20,45€	1,00	Sehr Gut
8 Mon.	Ja	100%, 300€, alle 24 Mon.	Ja / Ja	80%, 2000€, alle 24 Mon.	Ja / Ja / Ja	Hervorragend	39,51€ / 41,44€	1,25	Sehr Gut
Keine	Ja	100%, 400€, alle 24 Mon.	Ja / Ja	85%, 1000€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Ja	Hervorragend	58,76€ / 68,31€	2,00	Sehr Gut
Keine	Ja	100%, 375€, alle 24 Mon.	Ja / Ja	80%, 750€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Ja	Hervorragend	32,00€ / 40,46€	1,25	Sehr Gut
8 Mon.	Nein	100%, 330€, alle 36 Mon.	Ja / Ja	90%, 2500€, alle 24 Mon.	Nein / Nein / Ja	Gut	35,86€ / 45,14€	1,25	Gut
8 Mon.	Nein	80%, 200€, alle 12 Mon.	Nein / Nein	80%, unbegrenzt, alle 12 Mon.	Ja / Nein / Ja	Gut	27,00€ / 32,14€	2,00	Gut
8 Mon.	Nein	90%, 1000€, alle 36 Mon.	Nein / Ja	keine Kostenübernahme	Ja / Nein / Ja	Gut	36,62€ / 51,36€	1,00	Gut
8 Mon.	Nein	keine Kostenübernahme	Nein / Nein	80%, 1200€, alle 24 Mon.	Ja / Ja / Nein	Befriedigend	15,16€ / 15,97€	1,75	Gut
8 Mon.	Nein	100%, 120€, alle 12 Mon.	Nein / Nein	80%, 1000€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Ja	Gut	31,21€ / 35,26€	2,00	Gut
8 Mon.	Nein	100%, 200€, alle 36 Mon.	Nein / Ja	50%, 260€, alle 12 Mon.	Nein / Nein / Nein	Gut	15,22€ / 20,62€	1,25	Gut
8 Mon.	Nein	100%, 200€, alle 24 Mon.	Nein / Nein	80%, 800€, alle 12 Mon.	Nein / Ja / Ja	Gut	21,00€ / 27,90€	1,25	Gut
3 Mon.	Nein	80%, 400€, alle 36 Mon.	Ja / Ja	80%, 1000€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Nein	Sehr Gut	28,19€ / 36,07€	1,00	Gut
8 Mon.	Nein	80%, 200€, alle 12 Mon.	Nein / Nein	80%, 400€, alle 12 Mon.	Nein / Nein / Nein	Gut	17,42€ / 24,02€	k.A. ²	Gut
8 Mon.	Nein	100%, 260€, alle 36 Mon.	Nein / Nein	100%, 520€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Ja	Gut	12,72€ / 15,51€	2,25	Gut
Keine	Nein	100%, 400€, alle 24 Mon.	Ja / Nein	keine Kostenübernahme	Ja / Nein / Nein	Befriedigend	21,40€ / 22,51€	1,25	Gut
Keine	Nein	100%, 125€, alle 24 Mon.	Nein / Nein	100%, 1000€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Nein	Gut	34,98€ / 41,59€	1,25	Gut
Keine	Ja	100%, 300€, alle 24 Mon.	Nein / Ja	100%, 2000€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Ja	Hervorragend	31,50€ / 54,50€	1,25	Sehr Gut
8 Mon.	Nein	100%, 300€, alle 24 Mon.	Ja / Ja	80%, 600€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Ja	Sehr Gut	20,32€ / 36,79€	1,00	Sehr Gut
3 Mon.	Ja	100%, 400€, alle 24 Mon.	Ja / Ja	80%, 1000€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Ja	Hervorragend	27,50€ / 27,50€	k.A. ²	Sehr Gut
Keine	Ja	100%, 300€, alle 24 Mon.	Ja / Ja	80%, 800€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Ja	Hervorragend	33,43€ / 33,43€	1,75	Sehr Gut
Keine	Ja	100%, 500€, alle 24 Mon.	Ja / Ja	100%, 1000€, alle 24 Mon.	Ja / Ja / Ja	Hervorragend	31,64€ / 44,13€	2,00	Sehr Gut
Keine	Ja	100%, 375€, alle 24 Mon.	Nein / Ja	80%, 750€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Ja	Sehr Gut	19,93€ / 41,06€	1,25	Sehr Gut
3 Mon.	Nein	100%, 200€, alle 24 Mon.	Ja / Ja	keine Kostenübernahme	Ja / Nein / Nein	Befriedigend	14,90€ / 14,90€	1,25	Gut
Keine	Nein	100%, 375€, alle 24 Mon.	Ja / Ja	80%, 800€, alle 12 Mon.	Ja / Ja / Nein	Gut	31,11€ / 54,27€	1,25	Gut
8 Mon.	Nein	100%, 125€, alle 24 Mon.	Nein / Nein	keine Kostenübernahme	Ja / Ja / Nein	Befriedigend	8,15€ / 12,34€	1,25	Gut

men; ¹exemplarisch dargestellt; Tabelle zeigt lediglich eine Auswahl aus insgesamt mehr als 70 vom DFSI analysierten Leistungsmerkmalen; ²lag keine Finanzstärke-Note vor, wurde vom DFSI die Note 3,00 angenommen