



GESUNDHEIT

Alles im Blick

Den Heilpraktiker, bestimmte Hilfsmittel und LASIK-OPs etwa müssen gesetzlich Versicherte **selbst zahlen**. Oder zu einer **ambulanten Zusatzpolice** greifen. Welche Tarife **erste Wahl** sind

von THOMAS SCHICKLING

Kein Zweifel! Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist die zentrale Säule des deutschen Gesundheitssystems – und damit für unsere Gesellschaft systemrelevant. Ihre Wurzeln hat sie in der 1883 etablierten Krankenversicherung der Arbeiter. Während in den Anfangszeiten der GKV gerade mal zehn Prozent der Bevölkerung pflichtversichert waren, werden heute fast 90 Prozent der Bevölkerung von den gesetzlichen Kassen medizinisch versorgt.

Welche Aufgaben die GKV erfüllen muss, hat der Gesetzgeber in Paragraf 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) diktiert: So haben AOK & Co. den Auftrag, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken. Vor diesem Hintergrund tragen die 97 Kassen hierzulande Verantwortung dafür, dass alle medizinischen

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenbehandlung sowie der Rehabilitation von Patienten immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft sind.

Modernste Medizin. Damit dies auch weiterhin stabil so bleibt, wird der umfangreiche Leistungskatalog der Krankenkassen regelmäßig von den Fachleuten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angepasst. Zum Gremium gehören Vertreter des GKV-Spitzenverbands, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

So hat etwa der G-BA am 21. Juli 2022 bewilligt, dass die hochdosierte Bestrahlung von Tumorgewebe, die sogenannte stereotaktische Radiochirurgie, für die Behandlung von Vestibularisschwannomen künftig in den ambulanten Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wird. Vestibularisschwannome sind seltene gutartige Tumoren im Gehirn, ►

welche vom Gleichgewichtsnerv ausgehen. Im Vergleich zur chirurgischen Tumorentfernung hat die stereotaktische Radiochirurgie mehrere Vorteile: Sie ist für Patienten schonender. Auch kommt es nach dem Eingriff seltener zu Gesichtslähmungen und Hörverlust. Und – wichtig für den Genesungsprozess: Ein Aufenthalt in der Klinik ist in aller Regel nicht nötig.

Auch hat der G-BA dafür gesorgt, dass nicht invasive Pränataltests (NIPT) für Schwangere in der GKV, die Kenntnis über gewisse Erbgutfehler beim Baby versprechen, seit 1. Juli 2022 in bestimmten Fällen von den Kassen bezahlt werden. Im Rahmen des NIPT wird der werdenden Mutter eine Blutprobe entnommen und auf etwaige Erbgutfehler des Fötus untersucht: etwa auf eine Trisomie 21 (Down-Syndrom), die mit unterschiedlich ausgeprägten körperlichen und geistigen Auffälligkeiten einhergeht. Ist das Testergebnis negativ, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass das Ungeborene Trisomie 21 hat. Die Beispiele zeigen: Was wissenschaftlich fundierte, notwendige Medizin betrifft, gehen die Kassen zugunsten der Versicherten mit der Zeit.

Ohne Evidenz keinen müden Cent. Für einige alternative respektive komplementärmedizinische Leistungen, für die es keinerlei evidenzbasierte Nachweise über deren Wirksamkeit gibt, zahlen AOK & Co. allerdings keinen Cent. Dazu gehören Behandlungen und Medikationen vom Heilpraktiker. Auch nicht für alle Hilfsmittel tragen die Kassen die Kosten. Bei Erwachsenen machen sie etwa für Brillen nur Festzuschüsse locker, wenn etwa die Fehlsichtigkeit auf einem Auge mehr als sechs Dioptrien beträgt oder eine starke Hornhautkrümmung ab 4,25 Dioptrien vorliegt. Und für Kontaktlinsen zahlen die Krankenkassen nur anteilig, wenn ein Augenarzt die medizinische Notwendigkeit attestiert.

Wer auf die zuvor genannten Leistungen einen gesunden Wert legt oder legen muss, sollte als gesetzlich Krankenversicherter über eine private ambulante Zusatzpolice nachdenken. Hier ist aber Vorsicht geboten! Denn nicht wenige Tarife am Markt sind im Hinblick auf die Leistungen zu teuer – bezuschussen sie doch die Ausgaben lediglich in homöopathischen Dosen.

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

„Bei Policen mit Altersrückstellung erzielten in der Analyse fünf Tarife die Bestnote ‚Sehr Gut‘“, bilanziert Sebastian Ewy, DFSI-Projektleiter (s. Tabelle rechts). Und immerhin zehn Verträge wurden von den Experten des DFSI noch mit einem ‚Gut‘ bewertet. By the way: Tarife mit Altersrückstellung schützen Kunden vor Preisexplosionen bei fortschreitendem Alter, da die monatlichen Beiträge in aller Regel konstant bleiben.

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

Politik poltert. Zu den Leistungskriterien ambulanter Zusatzpolicen gehört auch die Erstattung nicht verschreibungs-

pflichtiger Medikamente, etwa homöopathische Globuli. Zwar zahlt auch die eine oder andere gesetzliche Kasse im Rahmen ihrer Satzungsleistungen begrenzt homöopathische Präparate. Doch dazu regte sich Widerstand in der Politik:

Angesichts des Milliardendefizits der Kassen fürs Jahr 2023 sprach sich FDP-Parlamentsgeschäftsführer Johannes Vogel dafür aus, homöopathische Mittel aus dem Leistungskatalog der Kassen zu streichen. Homöopathie sollte zwar jeder nutzen dürfen, sie sei „aber nachweislich wissenschaftlich nicht wirksam“, schrieb Vogel auf Twitter. Dass aber „manche Kassen das Kollektiv ihrer Beitragszahler verpflichten, das mitzuzahlen, muss auf den Tisch, wenn gleichzeitig höhere Zusatzbeiträge im Raum stehen“, monierte Vogel.

Wie dem auch sei: Der Trend zur flankierenden Vorsorge im medizinischen Bereich ist ungebremst: Immer mehr Menschen in Deutschland nutzen die private Vorsorge, um den Leistungsumfang der GKV aufzustocken. Daten des PKV-Verbands zufolge kletterte 2021 die Zahl der Zusatzversicherungen um 3,5 Prozent auf insgesamt 28,4 Millionen. ■

Ambulante Zusatzversicherungen: insgesamt neun 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
vigo	grün versichert VZ-NAT
ARAG	483
Continentale	CEK-PLUS-U
Debeka	EApplus
Generali Deutschland	PlanA
Hallesche	AE.3
HanseMerkur	EST
LVM	Natur, A&O, Check
Provinzial Kranken	top fit
R+V	Blick + Check premium (BC1U)
Württembergische	Natur MedPlus (NH)
Barmenia	Mehr Gesundheit 2000 + Mehr Sehen
Nürnberger	AMed, SuH und VORS
SDK	Ambulant 100 (AP1)
SIGNAL IDUNA	AmbulantPLUSpur
Concordia	AZP, AZSH, AZN
DKV	KombiMed Balance KABN
HanseMerkur	EFK
INTER	INTER QualiMed Z APS
Württembergische	VSU

TARIFE MIT ALTERSRÜCKSTELLUNG

TARIFE OHNE ALTERSRÜCKSTELLUNG

Quelle: DFSI; Stand August 2022; innerhalb derselben Noten alphabetische Sortierung nach Unternehmensnamen; *exemplarisch

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, 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- und Hörhilfen, Ambulante Naturheilverfahren, Vorsorgeuntersuchung/Impfung

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 Monate	ja	100%, 300 €, alle 24 Mon.	nein/ja	80%, 1000 €, alle 24 Monate	ja/nein/ja	Sehr Gut	17,61 € / 20,32 €	1,00	Sehr Gut
8 Monate	ja	100%, 300 €, alle 24 Mon.	ja/ja	80%, 2000 €, alle 24 Monate	ja/ja/ja	Sehr Gut	39,51 € / 41,44 €	1,25	Sehr Gut
keine	ja	100%, 400 €, alle 24 Mon.	ja/ja	85%, 1000 €, alle 12 Monate	ja/ja/ja	Hervorragend	54,76 € / 63,77 €	2,00	Sehr Gut
keine	ja	100%, 375 €, alle 24 Mon.	ja/ja	80%, 750 €, alle 12 Monate	ja/ja/ja	Hervorragend	32,00 € / 40,46 €	1,25	Sehr Gut
8 Monate	ja	80%, 300 €, alle 24 Mon.	nein/nein	80%, 500 €, alle 12 Monate	nein/ja/ja	Gut	14,30 € / 16,40 €	2,25	Sehr Gut
8 Monate	nein	100%, 300 €, alle 36 Mon.	ja/ja	90%, 2500 €, alle 24 Monate	nein/nein/ja	Gut	35,86 € / 45,14 €	1,25	Gut
8 Monate	nein	80%, 200 €, alle 12 Mon.	nein/nein	80%, unbegr., alle 12 Mon.	ja/nein/nein	Gut	27,00 € / 32,14 €	2,75	Gut
8 Monate	nein	90%, 1000 €, alle 36 Mon.	nein/ja	keine Kostenübernahme	ja/nein/ja	Gut	36,62 € / 51,36 €	1,00	Gut
8 Monate	nein	keine Kostenübernahme	nein/nein	80%, 1200 €, alle 24 Monate	ja/ja/nein	Befriedigend	18,20 € / 19,25 €	1,75	Gut
8 Monate	nein	100%, 200 €, alle 36 Mon.	nein/ja	50%, 260 €, alle 12 Monate	nein/nein/nein	Gut	15,22 € / 20,62 €	1,25	Gut
8 Monate	nein	100%, 200 €, alle 24 Mon.	nein/nein	80%, 800 €, alle 12 Monate	nein/ja/ja	Gut	21,00 € / 27,90 €	1,25	Gut
3 Monate	nein	80%, 400 €, alle 36 Mon.	ja/ja	80%, 1000 €, alle 12 Monate	ja/ja/nein	Sehr Gut	28,19 € / 36,07 €	1,00	Gut
8 Monate	nein	100%, 260 €, alle 36 Mon.	nein/nein	100%, 520 €, alle 12 Monate	ja/ja/ja	Befriedigend	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 Monate	ja/ja/nein	Gut	34,98 € / 41,59 €	1,25	Gut
keine	ja	100%, 300 €, alle 24 Mon.	ja/ja	100%, 2000 €, alle 12 Monate	ja/ja/ja	Hervorragend	31,50 € / 54,50 €	1,25	Sehr Gut
keine	ja	100%, 300 €, alle 24 Mon.	ja/ja	80%, 800 €, alle 12 Monate	ja/ja/ja	Hervorragend	34,74 € / 34,74 €	1,75	Sehr Gut
keine	ja	100%, 500 €, alle 24 Mon.	ja/ja	100%, 1000 €, alle 24 Monate	ja/ja/ja	Hervorragend	31,64 € / 44,13 €	1,25	Sehr Gut
keine	ja	100%, 375 €, alle 24 Mon.	ja/ja	80%, 750 €, alle 12 Monate	ja/ja/ja	Hervorragend	19,93 € / 41,06 €	1,25	Sehr Gut
3 Monate	nein	100%, 350 €, alle 24 Mon.	ja/ja	80%, 1500 €, alle 12 Monate	ja/ja/nein	Sehr Gut	26,19 € / 37,64 €	2,00	Gut
8 Monate	nein	100%, 300 €, alle 24 Mon.	ja/ja	80%, 600 €, alle 12 Monate	ja/ja/ja	Sehr Gut	20,32 € / 36,79 €	1,00	Gut
6 Monate	nein	100%, 200 €, alle 12 Mon.	ja/nein	100%, 200 €, alle 12 Monate	ja/ja/ja	Gut	27,50 € / 27,50 €	1,25	Gut
keine	nein	100%, 375 €, alle 24 Mon.	ja/ja	80%, 800 €, alle 12 Monate	ja/ja/nein	Gut	31,11 € / 54,27 €	2,00	Gut
8 Monate	nein	100%, 125 €, alle 24 Mon.	nein/nein	keine Kostenübernahme	ja/ja/nein	Befriedigend	7,77 € / 12,34 €	1,25	Gut

dargestellt; Tabelle zeigt lediglich eine Auswahl aus insgesamt mehr als 70 vom DFSI analysierten Leistungsmerkmale