

Zusatzversicherungen

MEHR LEISTUNG

Auch wenn die Kassen aufrüsten – mit privaten Ergänzungsversicherungen können GKV-Versicherte den Schutz noch deutlich aufpeppen. Welche Tarife lohnen



Homöopathie und Osteopathie auf Kassenkosten? Vor wenigen Jahren noch undenkbar, heute jedoch vielfach Realität. Zahlreiche gesetzliche Krankenkassen haben in ihren Satzungen Leistungen für Angebote der alternativen Medizin verankert, seit das im Januar 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz ihnen diese Möglichkeit eröffnet. Wozu also noch eine private Zusatzpolice abschließen, die die ambulanten Leistungen der GKV ergänzt? Fast 7,7 Millionen Verträge weist der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft im Bestand der privaten Krankenversicherer in seinem Jahrbuch 2012 aus. Ist das rausgeschmissenes Geld? Nein, denn mit der richtigen Police lässt sich trotz der neuen Freiheiten für die Krankenkassen der Schutz noch kräftig aufpeppen. Zusammen mit der Rating-Agentur Franke und Bornberg hat FOCUS-MONEY leistungsstarke Angebote ermittelt (s. Methode und Tabelle S. 74/75).

Schließlich macht bei Weitem nicht jede Kasse von der Möglichkeit Gebrauch, den Standard-Leistungskatalog (s. Kasten rechts) zu erweitern. Und auch dann ist die Kostenübernahme gedeckelt. Die beiden größten deutschen Kassen, Techniker Krankenkasse und Barmer GEK, beispielsweise zahlen für Osteopathie maximal 240 beziehungsweise 100 Euro im Jahr. Auch bei Sehhilfen etwa, für die im regulären Katalog der GKV für Erwachsene nur noch bei sehr starker Sehbeeinträchtigung Erstattungen vorgesehen sind, fallen die Satzungsleistungen – so überhaupt vorhanden – schmal aus. Die BKK Euregio beispielsweise zahlt bis zu 200 Euro in drei Jahren für Brillen und Kontaktlinsen, die BKK Scheufelen 50 Euro alle zwei Jahre.

Private Zusatzversicherungen garantieren hier je nach Tarif deutlich höhere Beträge. Auch ist das Spektrum der erstattungsfähigen Leistungen sehr viel breiter. Bei der Alternativmedizin etwa reicht es von Akupunktur über anthroposophische Medizin bis hin zu Ayurveda und Eigenbluttherapien. Behandlungen dürfen dabei nicht nur Kassenärzte mit Zusatzqualifikation etwa in Sachen Osteopathie oder Homöopathie vornehmen, wie es einige Kassen in ihren Satzungen vorschreiben, sondern auch qualifizierte Heilpraktiker, die keine Kassenzulassung haben.

Prioritäten setzen. Wer eine private Zusatzpolice für ambulante Leistungen abschließen möchte, sollte zunächst festlegen, in welchen Bereichen – Sehhilfen, Alternativmedizin, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnersatz, Zuzahlungen – ihm über das gesetzliche Maß oder die Satzungsleistung hinausgehende Erstattungen besonders wichtig sind und worauf er im Zweifel verzichten kann. Die Auswahl sollte dann danach erfolgen, welcher Tarif bei den favorisierten Bereichen die besten Leistungen bietet. Denn eine gleichmäßig hohe Leistung über alle Bereiche hinweg kann kaum ein Tarif vorweisen.

Beim Preisvergleich darf die Aufmerksamkeit nicht nur den Monatsbeiträgen gelten. Denn während ein Teil der Versicherungen mit Altersrückstellungen operiert und so das Niveau bei Vertragsabschluss über die Laufzeit weitgehend stabil bleibt, steigen bei den anderen die Prämien regulär mit dem Alter. Die wahren Kosten zeigt also nur eine Aufsummierung der Prämien über mehrere Jahre – wie es im FOCUS-MONEY-Test erfolgt ist.

Steht die Auswahl fest, wartet vor dem endgültigen Vertragsabschluss noch eine Hürde: die Gesundheitsprüfung. Je nach Vorerkrankung kann die Versicherung bestimmte Leistungen vom Schutz ausschließen oder sogar einen Vertrag gänzlich ablehnen. Die GKV dagegen gewährt unabhängig vom Gesundheitszustand stets den gleichen Versicherungsumfang auch bei den freiwilligen Satzungsangeboten – eine Besonderheit, die man sich bei einer privaten Police nicht zukaufen kann. ■ ►

AXEL HARTMANN

HINTERGRUND

Was die GKV im ambulanten Bereich leistet

■ **Arztbesuche:** Beratung und Behandlung bei Unfällen, akuten und chronischen Erkrankungen und zur Früherkennung von Erkrankungen sowie Beratung und Untersuchung (z.B. Ultraschall) bei Schwangerschaft bei Allgemein- und Fachärzten mit Kassenzulassung

■ **Früherkennung bei Kindern:** zehn Untersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren; eine Untersuchung zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr

■ **Vorsorge bei Erwachsenen:** jährlich für Frauen ab 20 Vorsorge für Gebärmutterhalskrebs und ab 30 für Brustkrebs; für Männer ab 45 jährlich Vorsorge für Prostatakrebs; für Männer und Frauen ab 35 alle zwei Jahre Hautkrebs-Screening und Gesundheits-Check-up, jährlich ab 50 Jahre Vorsorge für Darmkrebs, ab 55 Jahre Darmspiegelung zweimal im Abstand von zehn Jahren; Mammografie-Screening bei Frauen alle zwei Jahre ab 50 Jahre

■ **Zahnersatz:** befundbezogene Festzuschüsse, die 50 Prozent der Kosten für die Regelversorgung entsprechen; bei Nachweis regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen Erhöhung des Zuschusses um 20 bis 30 Prozent

■ **Kieferorthopädie:** vollständige Kostenübernahme für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren bei erfolgreichem Abschluss der Behandlung und bestimmtem Schweregrad der Anomalie; für Erwachsene nur Leistung bei schweren Anomalien, die auch chirurgisch korrigiert werden müssen

■ **Zahnvorsorge:** einmal pro Halbjahr bis zum Ende des 18. Lebensjahrs, anschließend einmal pro Jahr

■ **Sehhilfen:** Kostenübernahme für Gläser für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren; für Erwachsene Kostenübernahme nur bei sehr schweren Sehbeeinträchtigungen

■ **Schutzimpfungen:** Erst- und Auffrischimpfungen (standardmäßig sowie indikationsabhängig) gemäß Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut

■ **Arzneimittel:** vom Arzt verordnete und verschriebene Mittel, ggf. mit Zuzahlung von mindestens fünf und max. zehn Euro

■ **Heil- und Hilfsmittel:** vom Arzt verordnete Mittel wie z. B. Rollstühle, Krankengymnastik, Massagen und Prothesen mit Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung bei Heilmitteln



METHODE

So wurde getestet

Für den Test der Krankenzusatzpolicen für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte analysierte die Rating-Agentur Franke und Bornberg 92 Tarife von 30 Versicherungen. Die Experten erstellten dafür Teilratings der in den Tarifen oder Tarifpaketen zusammengefassten Leistungsbereiche. Im Einzelnen wurden die Vertragsbedingungen und Erstattungen für Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Heilpraktikerleistungen und Sehhilfen unter die Lupe genommen.

Leistungsbewertung

Franke und Bornberg arbeitet dabei mit einem Benchmarking-Verfahren. Dafür werden zunächst alle im Markt angebotenen Produkte gesichtet, und es wird geprüft, welche Einzelregelungen und Detailleistungen in welcher Qualität angeboten werden. Anschließend werden diese auf einer Skala von 0 für die schlechteste Regelung bis 100 für die beste Regelung einsortiert. Die Punkte für die vertraglichen Details fließen dabei mit unterschiedlicher Gewichtung in die Wertung ein. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass nicht alle Detailleistungen vom Kunden gleich häufig in Anspruch genommen werden beziehungsweise die Kosten und Erstattungen für diese erheblich variieren.

Basis für die Analyse sind ausschließlich die Versicherungsbedingungen, verbindliche Verbraucherinformationen, Antragsformulare, Versicherungsscheine und Geschäftsberichte der einzelnen Produkte beziehungsweise der Versicherungsgesellschaften. Bei nicht eindeutigen Fassungen wird stets die aus Kundensicht ungünstigere Auslegung bewertet. Fehlende Regelungen führen zur Abwertung.

Nach Durchlaufen des Bewertungsverfahrens wird für jeden Leistungsbereich entsprechend der erreichten Punktzahl eine Rating-Note vergeben (Übersetzung in Schulnoten in Klammern): FFF = hervorragend (1,0), FF+ = sehr gut (1,5), FF = gut (2,0), FF- = befriedigend (2,5), F+ = noch befriedigend (3,0), F = ausreichend (4,0), F- = schwach (5,0), F-- = sehr schwach (6,0). Unabhängig von der erreichten Gesamtpunktzahl wird ein Produkt stets eine Rating-Klasse tiefer eingestuft, wenn es einen gewissen Mindeststandard, der für die höhere Klasse Voraussetzung ist, nicht erfüllt. Ist zwar die erforderliche Punktzahl, aber weder der Mindeststandard der aktuellen noch der darunterliegenden Rating-Klasse erreicht, folgt eine Abwertung um zwei Stufen. Im Fall der untersuchten Krankenzusatzversicherungen ist als Mindeststandard für das Erreichen der Rating-Note FFF definiert, dass der Versicherte auf sein ordentliches Kündigungsrecht in den ersten drei Vertragsjahren verzichtet.

Ins Testfeld aufgenommen wurden zunächst von jeder Versicherungsgesellschaft die Tarife, die für möglichst viele Teilkategorien Leistungen vorsehen. Hieraus wurden die Produkte mit den besten Ratings in den – aus Kundensicht besonders gefragten – Teilkategorien Sehhilfen und Heilpraktiker und den günstigsten Preisen herausgefiltert.

Um in der Kategorie „Top-Tarife ohne Zahnleistungen“ gelistet zu werden, musste mindestens eine durchschnittliche Rating-Note über alle Teilbereiche hinweg von FF (2,0) erreicht werden, wobei kein Teilbereich-Rating schlechter als F+ (3,0) ausfallen durfte. Zudem müssen Erstattungen in den zentralen Bereichen Sehhilfen und Heilpraktiker fließen.

In der Kategorie „Top-Tarife mit Zahnleistungen“ war ein durchschnittliches Rating von wenigstens F+ (3,0) notwendig, wobei ebenfalls in den Teilbereichen außerhalb von Zahnleistungen kein Rating schlechter als F+ ausfallen durfte. Die Hürde ist hier insgesamt tiefer angesetzt, da die Zahnleistungen in ambulanten Pakettarifen in der Regel weniger leistungsstark sind als in gesonderten Zahnzusatzversicherungen und eher den Charakter einer „Zugabe“ haben. Wer hier einen umfassenden Schutz sucht, sollte zu einer separaten Zahnpolice greifen.

Preisbewertung

Die monatlichen Prämien sind für 30-, 40- und 50-jährige Versicherte ausgewiesen. Zusätzlich sind die Kosten, die über eine Vertragsdauer von 30, 20 und zehn Jahren für die Policen auflaufen, aufgeführt. Diese kumulierten Kosten sind insofern aufschlussreich, da sich darin der Tarifverlauf über mehrere Jahre widerspiegelt. Eine Betrachtung allein der aktuellen Monatsbeiträge würde nur bedingt Auskunft darüber geben, wie teuer oder preiswert ein Tarif ist.

Zur Ermittlung der MONEY-Empfehlungen in den Kategorien Basischutz, erweiterter Schutz, Vollschutz und Tarife mit Zahnleistungen (s. auch Kasten unten) wurde auch eine Preisnote berechnet. Ausschlaggebend war dabei die Abweichung der durchschnittlichen Kosten über alle drei Laufzeiten hinweg von den mittleren Kosten in der jeweiligen Tarifkategorie. Policen, die 50 oder mehr Prozent günstiger als der Durchschnitt waren, bekamen die Note 1. Lag die Prämie 50 oder mehr Prozent über dem Mittel, gab es die schlechteste Note 6. Die übrigen Policen wurden entsprechend in Halbnottenschritten dazwischen einsortiert. In der Gesamtbetrachtung wurde die Leistungsnote mit 75 Prozent, die Preisnote mit 25 Prozent gewichtet.

Top-Tarife für ambulante Zusatzleistungen

Versicherung	Tarif/Tarifkombination	Rating Sehhilfen	Rating Heilpraktiker	Rating Vorsorgeuntersuchungen	Rating Schutzimpfungen	Rating Zahnbehandlung	Rating Zahnersatz	durchschnittliche Note Rating	30-Jährige(r)		40-Jährige(r)		50-Jährige(r)		
									Monatsbeitrag aktuell	Kosten über 30 Jahre Laufzeit	Monatsbeitrag aktuell	Kosten über 20 Jahre Laufzeit	Monatsbeitrag aktuell	Kosten über 10 Jahre Laufzeit	
Tarife mit Zahnleistungen															
Alte Oldenburger Krankenversicherung AG	EG Basis	FF	–	–	–	F+	FF-	2,5	14	4907	16	3826	18	2168	
DEVK Krankenversicherungs-AG	ET-G Plus, S-G, Z-G	FFF	FF	–	–	–	FF-	1,8	24	8543	27	6515	30	3607	
HUK-Coburg Krankenversicherung	AZZ	FF+	FFF	–	–	–	F	2,2	17	6196	19	4579	21	2474	
LVM Krankenversicherung AG	EG Komfort	FF	FF	–	–	–	F+	2,3	14	5026	16	3922	19	2250	
Mannheimer Krankenversicherung	ZAZ	FF+	FF+	–	–	FFF	FF	1,5	70	25103	80	19145	90	10750	
Münchener Verein Krankenversicherung a.G.	Ambulant Care Premium	FF+	FF	FFF	FFF	FF	–	1,5	106	38185	122	29208	141	16949	
Tarife ohne Zahnleistungen															
Allianz Private Krankenversicherungs-AG	Ambulant Best (AB02)	FF+	FF+	FFF	–	–	–	1,3	28	10051	31	7337	33	3970	
Arag Krankenversicherungs-AG	483, V100	FF	FFF	FFF	FFF	–	–	1,3	53	19026	59	14124	65	7842	
Axa Krankenversicherung AG	EG 080-U	FF	FF+	–	–	–	–	1,8	8	2837	10	2304	11	1321	
Barmenia Krankenversicherung a.G.	AN+, PRAEVI	FF+	FF+	FFF	–	–	–	1,3	38	15637	47	11348	48	5841	
Central Krankenversicherung AG neuer Tarif	central.vitaA1 (TOP)	FF+	FF+	FFF	F+	–	–	1,8	92	33278	108	25934	122	14689	
Concordia Krankenversicherungs-AG	AZ TOP, AZN, AZSH, AZP	FF+	FFF	FFF	FFF	–	–	1,1	64	30243	76	22894	107	13781	
Continental Krankenversicherung a.G.	CEK-Plus-U	FF+	FFF	FF+	–	–	–	1,3	26	9493	28	6761	29	3509	
CSS Versicherung AG	privat alternativmedizin spezial, vorsorge spezial	FF	FF+	FFF	–	–	–	1,5	24	10447	27	7595	31	4184	
Debeka Krankenversicherungsverein a.G.	EApplus	FFF	FFF	FFF	–	–	–	1,0	39	13900	47	11330	53	6398	
Deutscher Ring/Signal Krankens. a.G.	AmbulantPLUS	FFF	FFF	FFF	FFF	–	–	1,0	23	8449	26	6298	28	3343	
DKV Deutsche Krankenversicherung	KNHB, KHMR	FF+	FFF	–	–	–	–	1,3	18	7622	23	5587	23	2881	
Gothaer Krankenversicherung AG	MediAmbulant, MediPrävent	FF+	FF+	FF	–	–	–	1,7	29	12317	37	9689	45	5590	
Inter Krankenversicherung aG	AVP, AHP	FF+	FFF	FFF	FFF	–	–	1,1	24	9979	24	7243	31	3931	
R+V Versicherung AG	Blick+Check premium (BC1U), NaturMedizin (N1U)	FFF	FFF	FFF	–	–	–	1,0	47	16769	50	11950	52	6242	
Universa Krankenversicherung a.G.	uni-EZ2	FF+	FF+	FF+	–	–	–	1,5	31	11156	35	8398	38	4595	

alphabetische Sortierung; alle Preise in Euro gerundet; Rating entspricht folgenden Noten: FFF = 1,0, FF+ = 1,5, FF = 2,0, FF- = 2,5, F+ = 3,0, F = 4, F- = 5, F-- = 6

Quelle: Franke und Bornberg

Spitze bei Preis und Leistung

FOCUS-MONEY empfiehlt auf Basis des Leistungs-Ratings sowie der kumulierten Prämien Tarife in vier Kategorien:

Kategorie Basisschutz

In diese Kategorie fallen alle Tarife, die für Sehhilfen und Heilpraktikerbesuche leisten. Das beste Preis-Leistungs-Verhältnis verbucht der Tarif **EG 080-U** der **Axa**. Das Rating fällt zwar in beiden Bereichen um eine halbe Note schlechter aus als das der DKV, die monatlichen Prämien sind jedoch noch nicht einmal halb so hoch wie bei der Konkurrenz.

Kategorie erweiterter Schutz

Sind die Basisanforderungen erfüllt und erstattet die Versicherung zusätzlich im Bereich Vorsorgeuntersuchungen oder Schutzimpfungen, landet sie mit ihrem Tarif in der Kategorie erweiterter Schutz. Die Nase vorn haben hier die **Continental** mit dem Angebot **CEK-Plus-U** sowie die **Allianz** mit dem Tarif **Ambulant Best (AB02)**. Die Rating-Note ist bei beiden sehr gut. Preislich hängen sie die Konkurrenz deutlich ab.

Kategorie Vollschutz

Vollschutz-Tarife leisten in allen untersuchten Bereichen (außer Zahn). Die Top-Empfehlung ist hier der Tarif **Ambulant-PLUS**, den **Deutscher Ring** und **Signal** in identischer Form anbieten. In allen Bereichen gab es hier die höchste Rating-Note. Auch der Preis sucht im Testfeld seinesgleichen.

Kategorie mit Zahnleistungen

Einige Versicherer bieten nur Tarife an, die auch Zahnleistungen beinhalten. Entscheidend für die Auszeichnung in dieser Kategorie waren die Leistungen in den zentralen Bereichen Sehhilfen, Heilpraktikerbesuche und Zahnersatz. Die beste Preis-Leistungs-Kombination kann hier die **DEVK** mit der Tarifkombi **ET-G Plus, S-G, Z-G** vorweisen.