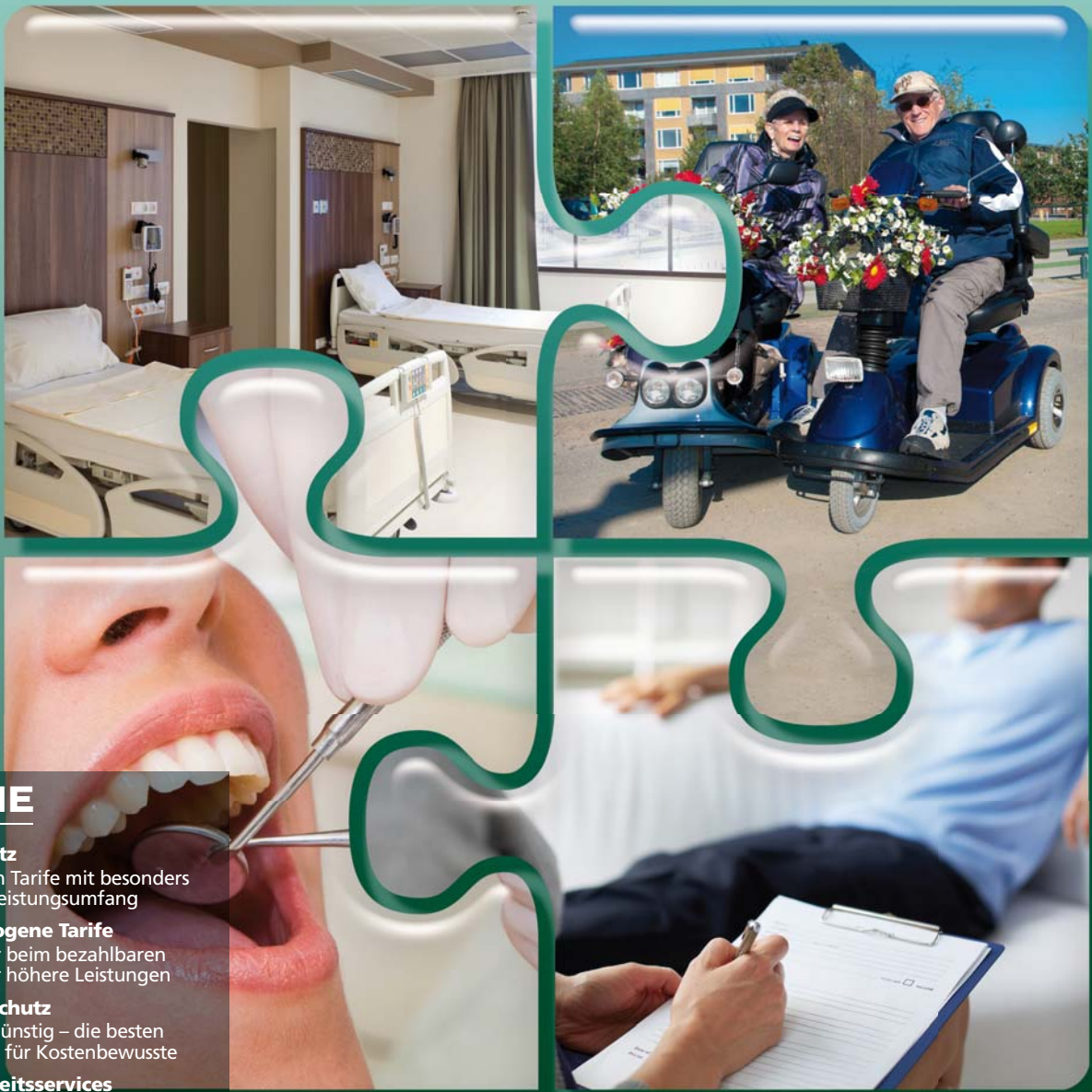


Private Krankenversicherung

# NEUE TARIFWELT

Die Unisex-Tarife haben die Welt der privaten Krankenversicherung stark verändert.  
Was heute anders ist und wer den besten ausgewogenen Preis-Leistungs-Schutz bietet



Heft

## SERIE

- 39 Top-Schutz**  
Die besten Tarife mit besonders großem Leistungsumfang
- 40 Ausgewogene Tarife**  
Die Sieger beim bezahlbaren Schutz für höhere Leistungen
- 41 Klassik-Schutz**  
Gut und günstig – die besten Angebote für Kostenbewusste
- 44 Gesundheitsservices**  
Wer mit speziellen Programmen die Gesundheit fördert
- 46 Beamntenttarife**  
Top-Angebote für beihilfeberechtigte Staatsdiener

**Psychotherapie und Hilfsmittel:** Mit der Einführung der Unisex-Tarife haben sich die Leistungen der privaten Krankenversicherung oft verbessert

**E**nde vergangenen Jahres hat es gebebt. Doch nicht den Erdball hat es kräftig durchgerüttelt, sondern die Versicherungswelt. Warum? Weil seit dem 21. Dezember 2012 die neuen Unisex-Tarife gelten. Heißt: Männer und Frauen zahlen für den gleichen Versicherungsschutz gleich viel beziehungsweise erhalten für dasselbe Geld dieselben Leistungen. Das hat die gesamte Branche stark gewandelt – auch im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV).

**Zahlreiche Änderungen.** Doch wie hat sich das Beben in der PKV ausgewirkt? Grundsätzlich haben die Kunden in der Unisex-Welt jetzt weniger, aber dafür qualitativ höherwertige Produkte zur Auswahl. Grund: Zum Stichtag wurden die Tarife neu kalkuliert und dabei nicht nur die neue Gleichstellung berücksichtigt. Viele Gesellschaften haben zusätzlich die Leistungen angehoben. „Wir begrüßen die Leistungsverbesserungen. Begrenzungen und Einschränkungen im Leistungskatalog sind aber vielfach weiterhin vorhanden und können nur durch den Blick ins Kleingedruckte erkannt und beurteilt werden“, sagt Katrin Bornberg vom Analysehaus Franke und Bornberg.

Allerdings brachte die Umstellung auf Unisex-Tarife daneben auch weitere Änderungen wie die Absenkung des Rechnungszinses, die Einberechnung allgemeiner Kostensteigerungen des medizinischen Fortschritts und eben die Leistungsverbesserungen mit sich. Insgesamt führte dies dazu, dass sich die verschiedenen Policen in der Regel verteuert haben – erwartungsgemäß für Männer stark, doch selbst Frauen müssen oft etwas mehr zahlen. Das zeigt auch der Blick auf unser Musterbeispiel im Tarif-Check. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, als es noch unterschiedliche Beiträge für Männer und Frauen gab, ist die Spanne der zu zahlenden Versicherungsprämien gestiegen. So verlangen die Anbieter heute zwischen 170 und 365 Euro für einen ausgewogenen Krankenversicherungsschutz, während Männer 2012 höchstens 341 Euro bezahlen mussten, Frauen maximal 358 Euro.

Dennoch ist und bleibt die PKV meist attraktiver als der gesetzliche Schutz. Nicht zuletzt wegen der freien Wahl eines oft höherwertigen Leistungsumfangs – und das mit lebenslanger Garantie. Privatversicherte können sich nämlich auf den vertraglich zugesicherten Gesundheitsschutz verlassen. Leistungskürzungen gibt es hier nicht. Zudem bietet die PKV zahlreiche Behandlungsvorteile und den Einsatz medizinisch-technischer Innovationen. Das genaue Absicherungspaket schnürt sich dabei jeder Kunde selbst.

**Die besten Tarife.** „Gerade bei ernsthaften Erkrankungen oder komplizierten Operationen kommt es auf eine gute Versorgung im Krankenhaus an“, so Expertin Katrin Bornberg. Daher ist bei der Kategorie „Ausgewogene Tarife“ eine bessere stationäre Versorgung sichergestellt. „Statt Regelleistungen sind sogenannte Wahlleistungen versichert, wie die Unterbringungen im ruhigen 2-Bett-Zimmer sowie – im Ernstfall noch wichtiger – die Behandlung durch Chefärzte oder durch die Ärzte, die auf die jeweilige Erkrankung spezialisiert sind.“ Gemeinsam mit Franke und Bornberg hat FOCUS-MONEY die besten Angebote für einen ausgewogenen PKV-Schutz herausgefiltert (s. S. 78). ■ ▶

JULIA HASSMANN

## DIE ANALYSE

### Wie die Besten bewertet werden

Leistungsumfang und -qualität, Beitragshöhe in einem Musterfall sowie die Finanzstärke des Anbieters – diese drei Kriterien sind für die Gesamtbewertung der besten ausgewogenen PKV-Tarife (siehe S. 78) ausschlaggebend.

### Rating-Klassen zum Tarif

Franke und Bornberg hat zahlreiche Leistungskriterien der Tarife detailliert analysiert und bewertet. Die Rating-Ergebnisse werden in Schulnoten übersetzt und fließen zu 40 Prozent in die Gesamtbewertung ein.

Rating	Urteil	Noten
FFF	hervorragend	= 1
FF+	sehr gut	= 1,5
FF	gut	= 2
FF–	befriedigend	= 2,5
F+	noch befriedigend	= 3
F	ausreichend	= 4
F–	schwach	= 5
F–	sehr schwach	= 6

Quellen: Franke und Bornberg, eigene Berechnungen

### Notenskala für die Beiträge

Ermittelt werden die monatlichen Eigenbeiträge eines 35-jährigen Interessenten. Der Gesamtbeitrag wird also halbiert (AG- und AN-Anteil, allerdings AG-Höchstgrenze: 287,44 Euro), und die Selbstbehalte werden anteilig hinzuaddiert. Die Beitragsnote macht 40 Prozent der Gesamtnote aus.

Beiträge Frau	Noten
bis 220 Euro =	1
bis 240 Euro =	1,5
bis 260 Euro =	2
bis 280 Euro =	2,5
bis 300 Euro =	3
bis 320 Euro =	3,5

Beiträge Frau	Noten
bis 340 Euro =	4
bis 360 Euro =	4,5
bis 380 Euro =	5
bis 400 Euro =	5,5
über 400 Euro =	6

Quelle: eigene Berechnungen

### Urteile und Noten zur Bonität

Die Bonitätsprüfungen der Analysehäuser unterscheiden sich in Verfahren und Bewertungsstufen. Daher werden den Ratings und Scorings vergleichbare Schulnoten zugeordnet. Die Bonität macht 20 Prozent der Gesamtnote aus.

S&P	Fitch	Moody's	A.M. Best	Assekurata	DFSI	Noten
AAA	AAA	Aaa	A++			
AA+	AA+	Aa1				
AA	AA	Aa2	A+	A++	AAA	= 1
AA–	AA–	Aa3			AA+	= 1,25
A+	A+	A1	A		AA	= 1,75
A	A	A2		A+	AA–	= 2
A–	A–	A3	A–		A+	= 2,25
BBB+	BBB+	Baa1	B++	A	A	= 2,75
BBB	BBB	Baa2		A–	A–	= 3
BBB–	BBB–	Baa3	B+	B+	BBB	= 3,25

Quellen: Standard & Poor's, Fitch Ratings, Moody's, A.M. Best, Assekurata, DFSI, eigene Berechnungen

LEISTUNGSPRÜFUNG

Was wirklich zählt

Die Wahl einer privaten Krankenversicherung hält meist lebenslang. Deshalb ist die Leistungsbeurteilung für Privatpatienten besonders wichtig, gilt das einmal gewählte Absicherungspaket doch für die gesamte Vertragslaufzeit. Die Spezialisten von Franke und Bornberg (FB) haben die Leistungsqualität der Krankenversicherungstarife nach folgender Systematik umfangreich geprüft und bewertet:

Bewertungsgrundsätze

Die FB-Experten bewerten generell nur Leistungen, auf die der Versicherte einen verbindlichen Anspruch hat. Als Quellen sind deshalb lediglich die gedruckten Versicherungsbedingungen und der Versicherungsschein zugelassen. Aus Kulanz kann zwar die aktuelle Leistungspraxis der Versicherer über die Regelungen im Kleingedruckten hinausgehen – aber darauf kann sich der Kunde nicht dauerhaft verlassen. Die Klauseln im Bedingungswerk sollten so formuliert sein, dass sie auch für juristische Laien verständlich, klar und eindeutig sind. Undeutliche Formulierungen führen bei FB regelmäßig zu Abwertungen.

Rating-Systematik

Um die Leistungsstärke eines Tarifs zu bewerten, ist der Selbstbehalt des Produkts zu beachten. Doch nicht immer ist dieser offener Bestandteil des Tarifs. Manche Selbstbehalte sind versteckt, zum Beispiel wenn durch die Versicherungsbedingungen bestimmte Leistungen nicht oder nur begrenzt erstattet werden. Die Selbstbeteiligungen sind daher in einem komplexen formelbasierten Verfahren berücksichtigt, „sodass nur tatsächlich beim Versicherten ankommende Leistungen bewertet werden“, erklärt Michael Franke, Geschäftsführer von FB.

Die einzelnen Klauseln der Bedingungswerke haben einen unterschiedlichen Stellenwert. Denn manche Leistungen werden häufig in Anspruch genommen oder kosten sehr viel Geld, und bei anderen ist das weniger der Fall. Daher wird eine Gewichtung der Kriterien vorgenommen, und zwar nach den zu erwartenden Kosten, aber auch nach der Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Leistungsfalls. So sind die Bereiche der ambulanten, stationären und Zahnleistungen grundsätzlich am stärksten gewichtet, da hier am häufigsten Kosten anfallen.

Sind alle Tarife bewertet, ergibt sich für jedes Produkt eine Gesamtpunktzahl und somit eine Zuordnung in die entsprechende Rating-Klasse (s. S. 77). Diese Klassen sind so bemessen, dass unerhebliche Punkteunterschiede nicht zur Einstufung in eine andere Klasse führen.

Top-Tarife mit ausgewogenem Preis-Leistungs-Verhältnis

	Gesellschaft	Tarife	FB-Rating	Note FB-Rating	Monatsbeitrag	Beitrag AN-Anteil	Selbstbehalt	AN-Beitrag inkl. SB	Note Beitrag	Finanzstärke	Note Finanzstärke	Gesamtnote <sup>1)</sup>
1	Allianz	AktiMedPlus90P (AMP90PU) <sup>3)</sup>	FFF	1	461,02	230,51	10%, max. 500	251,34	2	AA	1	1,40
	Debeka	N, NG	FFF	1	461,73	230,87	10%, max. 400	247,54	2	A++ (=AA)	1	1,40
2	HUK-Coburg	Select Pro 0	FF	2	400,47	200,24	0	200,24	1	A+ (=A)	2	1,60
	R+V	AGIL comfort U	FF+	1,5	465,21	232,61	0	232,61	1,5	AA- (=A)	2	1,60
	Süddeutsche	A75, ZS75, S101	FF+	1,5	404,32	202,16	25%, max. 650	229,24	1,5	A+ (=A)	2	1,60
3	Pax	SelectU 0	FF	2	437,51	218,76	0	218,76	1	A+ (=A-)	2,25	1,65
4	Barmenia	Barmenia einsAprima+	FFF	1	400,11	200,06	600	250,06	2	A (=BBB+)	2,75	1,75
	Nürnberger	TOP6, S2, Z20	FF+	1,5	398,78	199,39	600	249,39	2	A+	1,75	1,75
5	Deutscher Ring	Esprit, PIT	FFF	1	474,76	237,38	450	274,88	2,5	A+ (=A)	2	1,80
6	Gothaer	MediVita, MediClinic2 <sup>4)</sup>	FFF	1	443,35	221,68	500	263,34	2,5	A-	2,25	1,85
	Axa	Vital300-U, Prem Zahn-U	FF+	1,5	485,53	242,72	300	267,72	2,5	AA-	1,25	1,85
	DKV	BMKO	FFF	1	567,19	283,60	0	283,60	3	AA-	1,25	1,85
7	Continentale	COMFORT-U, SP2, AV-P1	FF-	2,5	277,58	138,79	380 <sup>2)</sup>	170,46	1	A (=BBB+)	2,75	1,95
8	Alte Oldenburger	A 80/100, K 20, Z 100/80, KUR	FF	2	527,27	263,64	20%, max. 330	277,39	2,5	A++ (=AA)	1	2,00
	Hallesche	PRIMO Z plus	FF-	2,5	442,45	221,23	0	221,23	1,5	A+ (=A)	2	2,00
9	Arag	K	FF-	2,5	349,02	174,51	600	224,51	1,5	A+ (=A-)	2,25	2,05
	Inter	QualiMed Exklusiv	FF+	1,5	437,53	218,77	600	268,77	2,5	A+ (=A-)	2,25	2,05
	Württembergische	EKU	FF-	2,5	476,51	238,26	0	238,26	1,5	A-	2,25	2,05
10	Universa	uni-intro/Privat 600	F+	3	303,95	151,98	600	201,98	1	A (=BBB+)	2,75	2,15
11	LVM	A, Z100/80, S2	FF	2	494,20	247,10	560	293,77	3	A++ (=AA)	1	2,20
12	LKH	A100, S200, Z60	FF+	1,5	583,87	296,43	0	296,43	3	A+ (=A-)	2,25	2,25
13	Bayer. Beamten	Gesundheit Comfort, Zahn2	FF-	2,5	487,67	243,84	300	268,84	2,5	A+	1,75	2,35
	Signal	KOMFORT-PLUS	FF	2	482,03	241,02	480	281,02	3	AA (=A+)	1,75	2,35
	UKV	Gesundheit Comfort, Zahn2	FF-	2,5	487,67	243,84	300	268,84	2,5	A+	1,75	2,35
14	Concordia	AV1, SV2, ZV1, VV Plus	FF+	1,5	603,80	316,36	0	316,36	3,5	A+ (=A)	2	2,40
	VGH	VKA+u	F	4	345,39	172,70	450	210,20	1	AA- (=A)	2	2,40
15	Münchener Verein	BONUS CARE ADVANCE Plus	FF	2	568,51	284,26	0	284,26	3	BBB (=BBB-)	3,25	2,65
16	Central	central.privat1	FF+	1,5	621,12	333,68	10%, max. 750	364,93	5	A (=A+)	1,75	2,95
	Mannheimer	PURISMA PRO, SeIAS 22P, SeIZ 2P	FF	2	619,07	331,63	0	331,63	4	Conti: A (=BBB+)	2,75	2,95

Stand 07/2013; in Euro; Mann/Frau 35 Jahre, Kategorie Ausgewogener Schutz (Hanse Merkur bietet keinen Ausgewogener-Schutz-Tarif), Noten s. S. 77; <sup>1)</sup>Gewichtung: FB-Rating und Beitrag zu je 40 %, Finanzstärke zu 20 %; <sup>2)</sup>kein pauschaler SB, sondern fallbezogen: 20 Euro je Behandlungstag, Medikament usw., maximal also gesetzliche Höchstgrenze: 5000 Euro, hier: fiktiver SB bei Annahme gelegentlicher Inanspruchnahme medizinischer Leistungen; <sup>3)</sup>AktiMed WechselOption (AWOPTU); <sup>4)</sup>MediVita290, MediMPlus, MediNaturalP

Quellen: Franke und Bornberg, Finanzstärke-Ratings, eigene Berechnungen

## Konkrete Bewertungskriterien

Für den ausgewogenen Gesundheitsschutz, der bei Franke und Bornberg „Standardschutz“ genannt wird, müssen die Tarife folgende Merkmale aufweisen: mindestens 60 Prozent Kostenübernahme bei Zahnersatz, 2-Bett-Zimmer im Krankenhaus, Leistungen für Psychotherapie und generelle Erstattung von Krankenfahrstühlen. Fehlt mindestens eines dieser Merkmale, wird das Produkt der niedrigeren Kategorie zugeordnet. Zudem werden für die Top-Bewertungen FFF und FF+ zusätzliche Mindeststandards verlangt. Für den ausgewogenen Schutz gehen 13 Hauptkriterien mit 91 Detailkriterien in die Wertung ein:

- Auslandsaufenthalte mit 5 Kriterien
- Ausschlüsse mit 1 Kriterium
- erstattungsfähige Leistungen ambulant mit 19 Kriterien (s. unten)
- erstattungsfähige Leistungen Zahn mit 12 Kriterien (s. rechts)
- erstattungsfähige Leistungen Kur mit 6 Kriterien
- erstattungsfähige Leistungen stationär mit 15 Kriterien (s. unten)
- Heil- und Kostenplan mit 2 Kriterien
- Heilmittel mit 4 Kriterien
- Hilfsmittel mit 13 Kriterien
- Staffellung Höchstbeträge für Zahnersatz mit 6 Kriterien
- Umstellungsoptionen mit 3 Kriterien
- Versicherung von Neugeborenen mit 1 Kriterium
- Wartezeiten mit 4 Kriterien

## Ambulante Leistungen

Für welche ambulanten Leistungen kommt der Versicherer im Einzelnen auf? Welche Ärzte dürfen in Anspruch genommen werden? In welcher Höhe werden die Leistungen erstattet? Und wie werden sie abgerechnet? Diese Fragen werden genau geprüft. Zu den ambulanten Leistungen zählen dabei allgemeine ärztliche Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen, Heilpraktikerbehandlung, alternative Heilmethoden, ambulante Psychotherapie und Arzneimittel. Neben der prozentualen Kostenbeteiligung des Versicherers wird auch bewertet, ob bis zu den Höchstsätzen der ärztlichen Gebührenordnung gezahlt wird (3,5-facher Satz für persönliche Leistungen, 2,5-facher Satz für medizinisch-technische Leistungen, 1,3-facher Satz für Laborleistungen) – oder nur geringere beziehungsweise sogar höhere Rechnungen akzeptiert werden.

## Stationäre Leistungen

„Entscheidend für eine optimale stationäre Versorgung ist gar nicht mal so sehr die angenehmere Unterbringung wie im 2-Bett-Zimmer, sondern die Möglichkeit, sich das am besten geeignete Krankenhaus aussuchen zu können und den Arzt, dem man vertraut und der auf



**Ärzte:** Gerade im stationären Bereich ist es für viele Kunden wichtig, dass sie sich an Spezialisten wenden können

die entsprechende Erkrankung spezialisiert ist“, sagt Michael Franke, Geschäftsführer bei Franke und Bornberg. Für die Bewertung stationärer Leistungen zählen dabei die Erstattungen für allgemeine Krankenhausleistungen, Privatkliniken, Chefarztbehandlung, Zimmerunterbringung, stationäre Psychotherapie, Transportkosten und die Bindung an Gebührenhöchstsätze. Die Kosten sind im Einzelfall zwar wesentlich höher als im ambulanten Bereich, aber die zu erwartenden Gesamtaufwendungen sind im Durchschnitt dennoch geringer, was an der niedrigeren Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt liegt. Die Gewichtungen sind daher mit dem ambulanten Bereich ungefähr vergleichbar.

## Zahnleistungen

Inlays, Verblendungen oder Implantate – im Zahnbereich gibt es generell markante Leistungsunterschiede. Zwar ist die Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen wahrscheinlicher als die von Zahnersatz, aber die Kosten für Zahnersatz liegen regelmäßig deutlich höher. FB prüft deshalb intensiv die Regelungen zu Implantaten, Prothetik, Knochenaufbau, sonstigen kieferorthopädischen und therapeutischen Behandlungen sowie die Erstattungshöchstsätze. In den ersten Versicherungsjahren sind außerdem die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie oft begrenzt – die sogenannte Zahnstaffel. Höhe und Dauer der Begrenzung sind je nach Gesellschaft und Tarif unterschiedlich. In die Bewertung der Experten gehen die Staffellungen bis zum sechsten Versicherungsjahr ein.

## ALLIANZ UND DEBEKA

### Näheres zu den Testsiegern

Die besten PKV-Policen für ausgewogenen Gesundheitsschutz bieten die Allianz (AktiMedPlus90P, AktiMed WechselOption) und die Debeka (N, NG). Die Policen verbinden Top-Leistungen zu günstigen Beiträgen mit ausgezeichneter Bonität. Doch was leisten die Tarife im Detail? Im ambulanten Bereich übernimmt die Allianz z. B. bei den Heilpraktikerkosten 90 % bis zu einer maximalen Selbstbeteiligung von 500 Euro, darüber hinaus 100 % bis höchstens 1000 Euro. Die Debeka erstattet 90 % bis zu einer maximalen Selbstbeteiligung von 400 Euro, darüber die gesamten Kosten. Im stationären Bereich bezahlt die Debeka die komplette Summe bei Chefarztbehandlung und Unterbringung im 2-Bett-Zimmer. Die Allianz über-

nimmt erst ab einer Selbstbeteiligung von 500 Euro die Gesamtkosten, vorher muss der Versicherte 10 % selbst tragen. Bei Zahnersatz, -behandlung und -prophylaxe gilt bei der Debeka eine Kostenübernahme von mehr als 80 %. Die Allianz bezahlt bei Zahnersatz 65 % bis zu einer maximalen Selbstbeteiligung von 500 Euro, darüber hinaus 75 %. Bei Zahnbehandlung und -prophylaxe gilt: 90 % Kostenübernahme bis zu einer maximalen Selbstbeteiligung von 500 Euro, danach die komplette Summe. Bei beiden Siegern gilt in den ersten Jahren eine Zahnstaffel.

