

Private Krankenversicherung

# HOHES NIVEAU



Privatpatienten schätzen vor allem den größeren Leistungsumfang als in den gesetzlichen Kassen. Dabei muss der gar nicht mal viel kosten. Die besten Tarife mit sehr gutem Preis-Leistungs-Verhältnis

Ärztin: Gute Beratung und Behandlung sind für hervorragenden Krankenversicherungsschutz unverzichtbar

- Heft **SERIE**
- 38 Top-Schutz**  
Die besten Tarife mit besonders großem Leistungsumfang
  - 39 Ausgewogene Tarife**  
Die Sieger beim bezahlbaren Schutz für höhere Leistungen
  - 40 Klassik-Schutz**  
Gut und günstig – die besten Angebote für Kostenbewusste
  - 41 Gesundheitservices**  
Wer mit speziellen Programmen die Gesundheit fördert
  - 48 Beamtenarife**  
Top-Angebote für beihilferechtigte Staatsdiener

Die anstehende Bundestagswahl wirft bereits mit ersten parteipolitischen Geplänkeln ihre Schatten voraus. Das lässt wohl befürchten, dass auch wieder mal das deutsche Gesundheitssystem zum Zankapfel der Wahlkämpfer werden wird. Dabei war es in den vergangenen Jahren eher relativ ruhig um die Koexistenz der gesetzlichen (GKV) und der privaten (PKV) Krankenversicherung geworden. Eint sie doch derzeit vor allem das gemeinsame Problem der Finanzierung des Gesundheitsschutzes, denn steigende Kosten und anhaltende Nullzinspolitik machen beiden zu schaffen.

**Solide aufgestellt.** „In diesem System ist die PKV starke Säule, Innovationstreiber und nachhaltige Finanzierungsquelle“, sagt der PKV-Verbandsvorsitzende Uwe Laue. Das Eigenlob ist durchaus berechtigt, schließlich fördern Privatpatienten regelmäßig den medizinisch-technischen Fortschritt. Ohne ihren vertraglich vereinbarten höheren Leistungsumfang und die häufigen Mehrzahlungen an Ärzte und Krankenhäuser wären viele Praxen, Geräte, Behandlungsangebote und die Forschung gar nicht finanzierbar. Davon profitieren alle Bundesbürger.

Und für die eigene Klientel baut die PKV finanzielle Polster auf, damit die Beiträge auch später noch bezahlbar bleiben. „Selbst im schwierigsten Zinsumfeld bildet sie jährlich über zehn Milliarden Euro zusätzliche Alterungsrückstellungen, insgesamt inzwischen mehr als 219 Milliarden Euro“, erklärt Verbandschef Laue. „Das zeigt, wie verlässlich die Kapitaldeckung funktioniert.“ Eine Einschätzung, die auch von den ersten Zahlen zur PKV-Bonität unter der neuen Regulierungspraxis für die Versicherer, Solvency II, bestätigt wird: „Von den 41 Krankenversicherungsunternehmen, die unter Aufsicht der BaFin stehen, waren alle bedeckt“, schreibt die deutsche Finanzaufsicht BaFin.

**Vorteile nutzen.** Außer mit der Kapitalkraft des eigenen Systems kann die PKV aber auch mit einem besonders hohen Leistungsniveau und individuellen Wahlmöglichkeiten punkten. Denn der Privatpatient darf seinen gewünschten Leistungsumfang selbst bestimmen – und sich dann lebenslang darauf verlassen. Im Gegensatz zur GKV, wo bei finanziellen Engpässen schon mal Leistungen gekürzt werden, ist die vereinbarte medizinische Versorgung in der PKV über die gesamte Vertragslaufzeit garantiert.

Ebenfalls anders als bei den weitestgehend festgelegten GKV-Kassenleistungen hat der PKV-Kunde dabei die Wahl zwischen unzähligen Tarifen und Tarifkombinationen, aus denen er seinen ganz persönlichen Gesundheitsschutz zusammenstellen kann – von vollumfänglicher Rundum-Versorgung bis hin zu besonders günstigen, aber leistungsschwächeren Angeboten.

In der zweiten Folge des großen PKV-Tests von FOCUS-MONEY und der auf Versicherungen spezialisierten Rating-Agentur Franke und Bornberg werden die besten Tarife für den ausgewogenen Gesundheitsschutz ermittelt (s. Tabellen rechts und nächste Doppelseite). Dabei haben vor allem fünf Versicherer hervorragende Angebote für den bezahlbaren Schutz mit höheren Leistungen: Allianz, Barmenia, Debeka, R+V und Süddeutsche. ■▷

WERNER MÜLLER

## Gesamtbewertung

Aus drei Einzelnoten für Leistungsqualität, Beitragshöhe und Finanzstärke (s. unten) wird eine Gesamtnote gebildet. Nach deren konkreter Höhe richtet sich die Bewertung des Tarifs.

Gesamtnote	Bewertung
1,00 bis 1,49	= hervorragend
1,50 bis 1,99	= sehr gut
2,00 bis 2,49	= gut
2,50 bis 2,99	= befriedigend
3,00 bis 3,49	= ausreichend

Quelle: eigene Berechnungen

## Rating-Klassen zum Tarif

Franke und Bornberg hat zahlreiche Leistungskriterien der Tarife detailliert analysiert und bewertet (s. folgende Seiten). Die Rating-Ergebnisse werden in Schulnoten übersetzt und fließen zu 40 Prozent in die Gesamtnote 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 von 35-jährigen Interessenten. Der Gesamtbeitrag wird dazu halbiert (wegen des hälftigen AG- und AN-Anteils, allerdings AG-Höchstgrenze: 309,34 Euro) und die Selbstbehalte anteilig hinzuaddiert. Die so ermittelten Eigenbeiträge werden benotet und zählen mit 40 Prozent zur Gesamtnote.

Beiträge	Noten
bis 230 Euro	= 1
bis 245 Euro	= 1,5
bis 260 Euro	= 2
bis 275 Euro	= 2,5
bis 290 Euro	= 3
bis 305 Euro	= 3,5
bis 320 Euro	= 4
bis 335 Euro	= 4,5
bis 350 Euro	= 5
bis 365 Euro	= 5,5
über 365 Euro	= 6

Quelle: eigene Berechnungen

## Ratings und Noten zur Bonität

Die Bonitätsprüfungen der Analysehäuser unterscheiden sich teils erheblich in Verfahren und Bewertungsstufen. Daher werden den Ratings 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+		= 2
A-	A-	A3	A-		A+	= 2,25
BBB+	BBB+	Baa1	B++	A	A	= 2,75
BBB	BBB	Baa2		A-	BBB+	= 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

Worauf es bei der Tarifwahl ankommt

Neben den vom Versicherten zu zahlenden Beiträgen und der Finanzkraft des konkreten Anbieters ist die Qualität des gewählten Tarifs für Privatpatienten besonders wichtig. Denn in der Regel bleibt der Privatpatient dann lebenslang an seine private Krankenversicherung gebunden. Und das vereinbarte Absicherungspaket gilt für die gesamte Vertragslaufzeit. Die Spezialisten von Franke und Bornberg (FB) haben daher die Leistungsqualität der Krankenversicherungstarife nach folgender Systematik umfangreich geprüft und bewertet:

Generelle Bewertungsgrundsätze

Die FB-Experten prüfen alles grundsätzlich selbst und bewerten dabei 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 eben 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. Ebenfalls negativ bewertet wird, wenn relevante Regelungen fehlen.

Allgemeine 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 Franke und Bornberg. So kann die echte Leistungsstärke eines Tarifs analysiert und beurteilt werden.

Die einzelnen Klauseln der Bedingungswerke haben zudem 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 unterschiedliche 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 der 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. vorige Seite). Für die Top-Bewertungen FFF und FF+ sind aber jeweils noch besondere Mindeststandards einzuhalten.



Der beste ausgewogene Schutz

Gesellschaft	Tarife	FB-Rating	Monatsbeitrag	AN-Beitrag	Selbstbehalt	AN-Beitrag inkl. SB	Finanzstärke (von)	Bewertung <sup>1)</sup>
Allianz	AktiMedPlus90P (AMP90PU), AktiMed WechselOption (AWOPTU)	FFF	450,83	229,42	10%, max. 500	250,25	AA (Fitch, S&P)	hervorragend
Barmenia	Barmenia einsA prima+	FFF	426,84	213,42	300	238,42	AA (DFS)	hervorragend
Debeka	N	FFF	463,93	231,97	10%, max. 400	248,63	A++ (Assekurata)	hervorragend
R+V	AGIL comfort U	FF+	476,42	238,21	0	238,21	AA+ (DFS)	hervorragend
Süddeutsche	A75, ZS75, S101	FF+	404,32	202,16	25%, max. 650	229,24	AA+ (DFS)	hervorragend
Arag	K	FF-	405,75	202,88	300	227,88	AA+ (DFS)	sehr gut
Axa	Vital300-U, Komfort Zahn-U, KUR-U/100	FFF	477,06	238,53	300	263,53	AA- (Fitch)	sehr gut
Deutscher Ring	Esprit, PIT	FFF	474,76	237,38	450	274,88	AA+ (DFS)	sehr gut
DKV	BMKO	FFF	567,19	283,60	0	283,60	AA (Fitch)	sehr gut
Gothaer	MediVita, MediClinic2, MediVitaZ90, MediMPlus	FFF	482,16	241,08	250	261,91	AA (DFS)	sehr gut
Hallesche	PRIMO.Bonus Z plus, JOKER.flex	FF	455,48	227,74	0	227,74	AA (DFS)	sehr gut
HUK-Coburg	Select Pro 2	FF	344,04	172,02	600	222,02	AA (DFS)	sehr gut
Nürnberger	TOP3,S2,ZZ20	FFF	467,51	233,76	300	258,76	A+ (Fitch)	sehr gut
Pax	SelectU 2	FF	377,45	188,73	600	238,73	AA (DFS)	sehr gut
Universa	uni-intro   Privat 600, uni-KU 100	FF-	343,44	171,72	600	221,72	AA (DFS)	sehr gut
Alte Oldenburger	A 80/100, K 20, Z 100/80, KUR/100	FF	523,62	261,81	20%, max. 330	275,56	A++ (Assekurata)	gut
Bayerische Beamten	Gesundheit Comfort, Zahn2, VitalPLUS	FF	517,62	258,81	300	283,81	AA (DFS)	gut
Concordia	AV1, SV2, ZV2, VV Plus	FF+	563,87	281,94	0	281,94	A+ (DFS)	gut
Inter	QualiMed Exklusiv	FF+	472,07	236,04	600	286,04	AA (DFS)	gut
LVM	A 560, Z100/80, S2	FF+	500,95	250,48	560	297,14	AA (DFS)	gut
Signal	KOMFORT-PLUS, KurPlus/100	FF+	497,33	248,67	480	288,67	AA+ (DFS)	gut
UKV	Gesundheit Comfort, Zahn2, VitalPLUS	FF	517,62	258,81	300	283,81	AA (DFS)	gut
Central	central.privatpro1	FF+	497,72	248,86	750	311,36	A (A.M.Best)	befriedigend
DEVK	AM-V1, ST-V3, ST-V2, ZE-V	F+	557,14	278,57	360	293,57	A+ (Fitch)	befriedigend
LKH	A103, S200, Z61	FF+	514,70	257,35	600	307,35	A+ (DFS)	befriedigend

Stand: 07/2016; in Euro; Unisex-Tarif Mann/Frau 35 Jahre; Kategorie Ausgewogener Schutz (HanseMerkur, VGH bieten keinen Ausgewogenen Schutz; Continental, Mannheimer, Münchener Verein haben kein Finanzstärke-Rating; Württembergische will nicht teilnehmen); Noten s. S. 65; <sup>1)</sup> Gewichtung: FB-Rating und Beitrag zu je 40 %, Finanzstärke zu 20 %

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



Stethoskop: Wie das Hörrohr die Atmung des Patienten genauer prüft, so sollten angehende PKV-Kunden die Leistungsqualität der Tarife detailliert checken

Konkrete Bewertungskriterien

Anhand des in dieser Folge analysierten ausgewogenen Gesundheitsschutzes, der bei Franke und Bornberg „Standardschutz“ genannt wird, werden die konkreten Prüffelder exemplarisch detailliert aufgeführt. Dabei müssen die Tarife folgende Mindestmerkmale aufweisen, um zum ausgewogenen Schutz zu gehören: 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 nur noch der Kategorie „Grundschutz“ zugeordnet. Zudem werden für die Top-Ratings 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. rechts)
- Heil- und Kostenplan mit 2 Kriterien
- Heilmittel mit 4 Kriterien
- Hilfsmittel mit 13 Kriterien
- Staffelung 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? Solchen Fragen gehen die FB-Analysten detailliert nach. Zu den ambulanten Leistungen zählen dabei vor allem allgemeine ärztliche Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen, Heilpraktikerbehandlung, alternative Heilmethoden, ambulante Psychotherapie, Schutzimpfungen, Arzneimittel und Transportkosten. 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

Eine optimale stationäre Versorgung besteht für FB gar nicht mal so sehr aus einer angenehmeren Unterbringung wie im 2-Bett-Zimmer, sondern vielmehr aus der Wahlmöglichkeit, sich das am besten geeignete Krankenhaus sowie den spezialisierten Arzt aussuchen zu können. Für die Bewertung stationärer Leistungen zählen dabei etwa die Erstattungen für Chefarztbehandlung, Unterbringung im 2-Bett-Zimmer, Privatkliniken, Anschlussheilbehandlung, 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

Insbesondere im Zahnbereich gibt es markante Leistungsunterschiede. FB prüft deshalb intensiv die Regelungen zu Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Implantat, augmentativer Behandlung, Inlays, Verblendungen, Implantaten, Prothetik, kieferorthopädischer und funktionsanalytischer/therapeutischer Behandlung sowie zu den Erstattungshöchstsätzen. Dabei ist zwar die Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen wahrscheinlicher als die von Zahnersatz, aber die Kosten für Zahnersatz liegen regelmäßig deutlich höher. In den ersten Versicherungsjahren sind daher die Leistungen für Zahnersatz auch oft durch jährliche Höchstbeträge begrenzt – die sogenannte Zahnstaffel. Höhe und Dauer der Begrenzung sind je nach Gesellschaft und Tarif unterschiedlich. In die Bewertung der Experten gehen die Staffelungen bis zum sechsten Versicherungsjahr ein. Zudem werden mögliche spezielle Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz bewertet.

Sonstige Leistungen

Die weiteren Prüffelder beziehen sich vor allem auf den Versicherungsschutz im Ausland, auf erstattungsfähige Leistungen für ambulante und stationäre Kuren sowie Reha-Maßnahmen. Des Weiteren werden Leistungen für Heilmittel wie physikalisch-medizinische, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Ergotherapie sowie die Erstattung für Hilfsmittel wie etwa Hörgeräte, Sprechhilfen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stützapparate, Prothesen, Brillenfassungen, Brillengläser oder Kontaktlinsen genau geprüft. Wichtig ist auch noch, ob der Tarif eine Umstellungsoption hat, also ob, wann und wie lange in höherwertige Tarife gewechselt werden darf.