

Private Krankenversicherung

GUT BERATEN

Wer statt an einem kompletten Rundumschutz vor allem an einem sehr guten Preis-Leistungs-Niveau interessiert ist, liegt mit ausgewogenen PKV-Tarifen richtig. Die besten Angebote

Im Krankenhaus: Gut versorgt zu sein ist im Ernstfall sehr wichtig. Dafür steht die private Krankenversicherung

Heft

SERIE

36 **Gesundheitsservices**
Wer mit speziellen Programmen die Gesundheit fördert

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 **Beamtenarife**
Top-Angebote für beihilferechtigte Staatsdiener



Als hätte die private Krankenversicherung (PKV) nicht schon genug mit generellen Vorurteilen von Politik und gesetzlichen Kassen zu kämpfen (s. Folge 2 der Serie, Heft 38/2015), macht nun auch noch eine ganz andere Institution Schwierigkeiten – die Europäische Zentralbank. Im Fokus der Probleme mit dem dauerhaft künstlichen Niedrigzinsniveau stehen zwar vor allem Sparer und Lebensversicherer. Dass aber auch die privaten Krankenversicherer erhebliche Gelder an den Kapitalmärkten anlegen, ist vielen Versicherten gar nicht richtig bewusst.

Im Gegensatz zum gesetzlichen System (GKV) arbeitet nämlich die PKV wie auch die Lebensversicherer kapitalgedeckt und investiert einen großen Teil der Beiträge in Anleihen, Aktien & Co. Schließlich müssen die Gesundheitskosten finanziert und insbesondere die Alterungsrückstellungen – derzeit mehr als 202 Milliarden Euro – ausreichend aufgebaut werden. Dazu sind PKV-Gesellschaften auf gute Kapitalanlagen und erfolgreiche Renditen angewiesen. Wer hier danebengreift oder die kalkulierten Erträge vor allem dank der Zentralbankpolitik nicht mehr erreichen kann, muss Gelder nachschießen – und womöglich die dafür erforderlichen finanziellen Mittel bei seinen Kunden in Form von Beitragserhöhungen eintreiben. Sonst könnte es letztlich sogar für die PKV-Gesellschaft selbst knapp werden.

Alle Tests bestanden. Aber Entwarnung: Die Finanzaufsicht BaFin prüft regelmäßig, ob die Kapitalaufstellung der PKV-Unternehmen auch in extremen Stressszenarien noch ausreicht, um die Kundenansprüche bedienen zu können. Alle haben die Stresstests ohne Weiteres bestanden. Und nicht nur das: Die sogenannte Solvabilitätsquote, mit der die Ausstattung der PKV-Versicherer mit Eigenmitteln im Vergleich zu ihren Verpflichtungen ausgedrückt wird, steigt ständig weiter. Ende 2014 liegt sie mit etwa 280 Prozent erneut deutlich über dem Vorjahreswert, der 258 Prozent beträgt.

So ist und bleibt die PKV meist attraktiver als der gesetzliche Gesundheitsschutz (GKV). Nicht zuletzt wegen der freien Wahl eines in der Regel höherwertigen Leistungsumfangs – und das mit lebenslanger Garantie. Privatversicherte können sich nämlich auf den vertraglich zugesicherten Schutz verlassen. Leistungskürzungen wie in der GKV gibt es hier nicht. Zudem bietet die PKV zahlreiche Behandlungsvorteile und den Einsatz medizinisch-technischer Innovationen, hohe finanzielle Rücklagen und Tarifwechselfähigkeiten inklusive. Das genaue Absicherungspaket schnürt sich dabei jeder Kunde selbst.

Der beste ausgewogene Schutz. Vielen Versicherten ist dabei vor allem der bezahlbare Schutz für höhere Leistungen wichtig. Sie brauchen weder die komplette Rundumversorgung, noch wollen sie sich mit günstigen, aber leistungsschwächeren Tarifen begnügen. Daher werden auf den folgenden Seiten nun von FOCUS-MONEY und den Experten des Analysehauses Franke und Bornberg die besten Angebote für einen ausgewogenen PKV-Schutz aufgeführt. Wie immer kommt es dabei neben den Leistungskriterien auch auf die Beitragshöhe und die Bonität des Anbieters an (s. rechts).

WERNER MÜLLER

DIE ANALYSE

Wie die Tarife bewertet werden

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

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 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 von 35-jährigen Interessenten. Der Gesamtbeitrag wird dazu halbiert (wegen des hälftigen AG- und AN-Anteils, allerdings AG-Höchstgrenze: 301,13 Euro) und die Selbstbehalte anteilig hinzuaddiert. Die so ermittelten Eigenbeiträge werden benotet und zählen mit 40 Prozent zur Gesamtnote.

Beiträge	Noten
bis 220 Euro =	1
bis 235 Euro =	1,5
bis 250 Euro =	2
bis 265 Euro =	2,5
bis 280 Euro =	3
bis 295 Euro =	3,5
bis 310 Euro =	4
bis 325 Euro =	4,5
bis 340 Euro =	5
bis 355 Euro =	5,5
über 355 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	DFS	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, DFS, eigene Berechnungen

LEISTUNGSPRÜFUNG

Was wirklich zählt

Die Wahl einer privaten Krankenversicherung hält meist lebenslang. Neben den vom Versicherten zu zahlenden Beiträgen und der Finanzkraft des konkreten Anbieters ist deshalb die Qualität des gewählten Tarifs für Privatpatienten besonders wichtig, gilt doch das vereinbarte Absicherungspaket 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 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 Bedingungsnetz sollten so formuliert sein, dass sie auch für juristische Laien verständlich, klar und eindeutig sind. Undeutliche Formulierungen führen bei FB regelmäßig zu Abwertungen.

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.

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 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.

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 Krankenfahrtstühlen. Fehlt mindestens eines dieser Merkmale, wird das Produkt nur noch der Kategorie „Grundsatz“ 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. unten)
- 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? Solche Fragen werden genau geprüft. 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



Röntgenbilder: Bei ernsthaften Erkrankungen ist es Privatpatienten meist wichtig, sich an Spezialisten wenden zu können

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, Zahnersatz, 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 Staffellungen bis zum sechsten Versicherungsjahr ein. Zudem werden mögliche spezielle Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz bewertet.

Top-Tarife mit ausgewogenem Preis-Leistungs-Verhältnis

	Gesellschaft	Tarife	FB-Rating	Note FB-Rating	Monatsbeitrag	AN-Beitrag	Selbstbehalt	AN-Beitrag inkl. SB	Note Beitrag	Finanzstärke	Note Finanzstärke	Gesamtnote ¹⁾
1	Allianz	AktiMedPlus90P (AMP90PU), AktiMed WechselOption (AWOPTU)	FFF	1	450,83	225,42	10%, max. 500	246,25	2	AA	1	1,40
	Debeka	N	FFF	1	441,64	220,82	10%, max. 400	237,49	2	A++ (= AA)	1	1,40
2	Barmenia	Barmenia einsAprima+	FFF	1	426,84	213,42	300	238,42	2	AA (= A+)	1,75	1,55
	Süddeutsche	A75, ZS75, S101	FF+	1,5	404,32	202,16	25%, max. 650	229,24	1,5	AA (= A+)	1,75	1,55
3	Axa	Vital300-U, Komfort Zahn-U, KUR-U/100	FFF	1	477,30	238,65	300	263,65	2,5	AA-	1,25	1,65
	R+V	AGIL comfort U	FF+	1,5	476,42	238,21	0	238,21	2	AA+ (= AA-)	1,25	1,65
4	Hallesche	PRIMO Bonus Z plus, JOKERflex	FF-	2,5	435,21	217,61	0	217,61	1	AA (= A+)	1,75	1,75
	Nürnberger	TOP3, S2, ZZ20	FFF	1	468,75	234,38	300	259,38	2,5	A+	1,75	1,75
5	HUK-Coburg	Select Pro 2	FF-	2,5	321,41	160,71	600	210,71	1	A+ (= A)	2	1,80
6	Gothaer	MediVita, MediClinic2, MediVitaZ90, MediMPlus	FFF	1	482,16	241,08	250	261,91	2,5	A-	2,25	1,85
	Pax	SelectU 2	FF	2	352,17	176,09	600	226,09	1,5	A+ (= A-)	2,25	1,85
7	Arag	K	FF-	2,5	405,75	202,88	300	227,88	1,5	AA (= A+)	1,75	1,95
	Deutscher Ring	Esprit, PIT	FFF	1	474,76	237,38	450	274,88	3	AA (= A+)	1,75	1,95
8	DKV	BMKO	FFF	1	567,19	283,60	0	283,60	3,5	AA	1	2,00
9	Univ ersa	uni-intro Privat 600	F+	3	335,24	167,62	600	217,62	1	A+ (= A-)	2,25	2,05
	Württembergische	EKU	FF	2	487,83	243,92	0	243,92	2	A+ (= A-)	2,25	2,05
10	Inter	QualiMed Exklusiv	FF+	1,5	437,53	218,77	600	268,77	3	AA (= A+)	1,75	2,15
11	Alte Oldenburger	A 80/100, K 20, Z 100/80, KUR/100	FF	2	526,35	263,18	20%, max. 330	276,93	3	A++ (= AA)	1	2,20
12	Signal	KOMFORT-PLUS1, KurPlus/100	FF+	1,5	497,33	248,67	480	288,67	3,5	AA (= A+)	1,75	2,35
13	Bayerische Beamten	Gesundheit Comfort, Zahn2, VitalPLUS	FF	2	517,62	258,81	300	271,31	3	A	2	2,40
	UKV	Gesundheit Comfort, Zahn2, VitalPLUS	FF	2	517,62	258,81	300	271,31	3	A	2	2,40
14	LVM	A 560, Z100/80, S2, KURT/100	FF+	1,5	511,12	255,56	560	302,23	4	A+ (= A)	2	2,60
15	Concordia	AV1, SV2, ZV1, VV Plus	FF+	1,5	598,21	299,11	0	299,11	4	A+ (= A-)	2,25	2,65
	LKH	A103, S200, Z61	FF+	1,5	514,70	257,35	600	307,35	4	A+ (= A-)	2,25	2,65
16	Central	central.privatpro1	FF+	1,5	497,72	248,86	750	311,36	4,5	A (= A+)	1,75	2,75
17	DEVK	AM-V1, ST-V3, ST-V2, ZE-V	F+	3	557,14	278,57	360	293,57	3,5	A+	1,75	2,95

Stand 7/2015; in Euro; Unisex-Tarif Mann/Frau 35 Jahre; Kategorie Ausgewogener Schutz (HanseMerkur, VGH bieten keinen Ausgewogener-Schutz-Tarif; Continentale, Mannheimer, Münchener Verein haben kein Finanzstärke-Rating); Noten s. Seite 77; ¹⁾Gewichtung: FB-Rating und Beitrag zu je 40%, Finanzstärke zu 20%

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

ALLIANZ UND DEBEKA

Die Testsieger im Detail

Die besten PKV-Policen für den ausgewogenen Gesundheitsschutz bieten gemeinsam die Allianz (AktiMedPlus90P, AktiMed WechselOption) und die Debeka (N). Die Policen verbinden Top-Leistungen zu günstigen Beiträgen mit ausgezeichneter Bonität.

Im ambulanten Bereich übernimmt Allianz von den Kosten für ärztliche Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Arzneimittel und Transport 90 Prozent bis zu einer maximalen Selbstbeteiligung von 500 Euro, darüber hinaus 100 Prozent. Gleiches gilt für Debeka, allerdings mit maximaler Selbstbeteiligung von 400 Euro. Zu beachten ist bei Allianz das Primärarztprinzip, der Kunde muss also zunächst zum Hausarzt, andernfalls gibt es nur 80 Prozent.

Im stationären Bereich bezahlt Debeka die komplette Summe bei Chefarztbehandlung und Unterbringung im 2-Bett-Zimmer. Allianz übernimmt erst ab einer Selbstbeteiligung von 500 Euro die Gesamtkosten, vorher muss der Versicherte 10 Prozent selbst tragen. Im Zahnbereich leistet Debeka meist 70 Prozent. Die Allianz zahlt dagegen meist 65 Prozent bis zur maximalen Selbstbeteiligung von 500 Euro, darüber hinaus 75 Prozent, bei Zahnbehandlung und -prophylaxe sind es sogar 90 Prozent, ab maximaler Selbstbeteiligung die komplette Summe.

