

Private Krankenversicherung

GUT GESCHÜTZT

Die eigene Gesundheit ist ein sehr hohes Gut, das umfangreich abgesichert werden sollte. Höhere Leistungen zu einem moderaten Preis gibt es bei den besten ausgewogenen Tarifen

In der Apotheke:
Auch bestmögliche Versorgung und Kostenübernahme bei Arzneimitteln zählt für Privatpatienten zu den wichtigen Leistungen



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
- 42 Beamntenttarife**
Top-Angebote für beihilferechtigte Staatsdiener

Bashing“ ist ein beliebtes neudeutsches Modewort für öffentliche Beschimpfungen, die nicht nur im Wahlkampfgetöse bei einigen Akteuren als salonfähig gelten. Ein häufiges Opfer solch medialen Bashings ist dabei seit Jahren die private Krankenversicherung (PKV). Und das bleibt nicht ohne Wirkung: Wechselten früher viel mehr Vollversicherte für ihren Gesundheitsschutz aus dem gesetzlichen (GKV) in das private System, ist die Wanderungsbewegung seit 2012 umgekehrt. Fast schleichend hat sich diese Entwicklung aber wieder gedreht, und inzwischen ist der Saldo der Systemwechsler nahezu ausgeglichen. Von „Lichtblicken“, „positiven Tendenzen“ und möglichen „Trendwenden“ ist daher in manchen Fachpublikationen die Rede.

Wechsel mit Hindernissen. Dabei bestehen unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen für die Systeme: Während sich jeder Bundesbürger GKV-versichern kann, gilt dies bei der PKV nur für Selbstständige und Beamte. Angestellte dagegen müssen schon besonders viel verdienen, um sich überhaupt privat absichern zu dürfen. Die meisten sind zwangsweise gesetzliche Kassenpatienten.

Die dafür relevanten Grenzwerte erhöhen sich jährlich. Auch 2018 wird dies wieder so sein: Wer dann als Angestellter in die PKV möchte, muss mindestens 59 400 Euro im Jahr oder 4950 Euro monatlich verdienen (aktuell: 57 600 Euro jährlich, 4800 Euro monatlich). Positive Kehrseite dieser Zugangshürde: Auch bei Privatpatienten beteiligt sich der Arbeitgeber (AG) grundsätzlich zur Hälfte an den Beiträgen – allerdings durch die jeweils aktuellen Grenzwerte gedeckelt. Daher steigt der monatliche AG-Höchstzuschuss ebenfalls von heute 317,55 Euro im nächsten Jahr auf 323,03 Euro.

Leistungen entscheidend. Ein Wechsel will also stets gut überlegt sein. „Der Ausstieg aus der gesetzlichen Krankenversicherung und der Einstieg in den privaten Sektor sollte nicht aus Sparsamkeitsgründen erfolgen. Dafür ist die eigene Gesundheitsversorgung ein zu wichtiges Thema“, sagt Michael Franke, Geschäftsführer der auf Versicherungen spezialisierten Rating-Agentur Franke und Bornberg (FB). „Wer heute noch gesund ist und wenig Wert legt auf einen guten Schutz, kann das später schnell bereuen.“ Denn die PKV bietet nicht nur meist günstigere Beiträge, sondern in aller Regel dafür auch einen höheren Leistungsumfang – auf den sich der Privatpatient dann dauerhaft verlassen kann. Leistungskürzungen wie in der GKV sind ausgeschlossen, der vereinbarte Gesundheitsschutz gilt für die gesamte Vertragslaufzeit.

Umso wichtiger also, genau auf den Absicherungsumfang zu achten. „Eine gute und ausgewogene Krankenversicherung sollte daher in allen drei Bereichen der ambulanten, stationären und zahnärztlichen Versorgung von hoher Qualität sein und auch bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln keine oder nur geringe Beschränkungen aufweisen“, empfiehlt FB-Chef Franke. In der zweiten Folge des großen PKV-Tests von FOCUS-MONEY sowie von Franke und Bornberg werden daher die besten Tarife für den bezahlbaren Schutz mit höheren Leistungen ermittelt (s. Tabellen rechts und nächste Doppelseite). ■ ▶

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	Note
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: 317,55 Euro) und die Selbstbehalte anteilig hinzuaddiert. Die so ermittelten Eigenbeiträge werden benotet und zählen mit 40 Prozent zur Gesamtnote.

Beiträge	Note
bis 230 Euro	= 1
bis 250 Euro	= 1,5
bis 270 Euro	= 2
bis 290 Euro	= 2,5
bis 310 Euro	= 3
bis 330 Euro	= 3,5
bis 350 Euro	= 4
bis 370 Euro	= 4,5
bis 390 Euro	= 5
bis 410 Euro	= 5,5
über 410 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, Bonität	DFSI, Finanzkraftquote	Note
AAA	AAA	Aaa	A++	AAA		
AA+	AA+	Aa1		AA+		
AA	AA	Aa2	A+	AA	1	=1
AA-	A+	Aa3		AA-	1,25	= 1,25
A+	A+	A1	A	A+	1,75	= 1,75
A	A	A2		A	2	= 2
A-	A-	A3	A-	A-	2,25	= 2,25
BBB+	BBB+	Baa1	B++	BBB+	2,75	= 2,75
BBB	BBB	Baa2		BBB	3	= 3

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 analysiert 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.

Der beste ausgewogene Schutz

Gesellschaft	Tarife	FB-Rating	Monatsbeitrag	AN-Beitrag	Selbstbehalt ²⁾	AN-Beitrag inkl. SB	Finanzstärke (von)	Bewertung ¹⁾
Allianz	AktiMedPlus90R, AktiMed WechselOpton	FFF	476,88	242,44	10%, max. 500	263,27	AA (S&P, Fitch)	Hervorragend
Axa	Vital300-U, Komfort Zahn-U, KUR-U/100	FFF	477,30	238,65	300	263,65	AA- (S&P, Fitch)	Hervorragend
Barmenia	Barmenia einsAprima+	FFF	426,84	213,42	300	238,42	2 (DFS)	Hervorragend
Arag	K	FF-	405,75	202,88	300	227,88	1,75 (DFS)	Sehr Gut
Continental	COMFORT-U, SP2, AV-P1	FF-	323,16	161,58	380 ³⁾	193,25	2 (DFS)	Sehr Gut
Debeka	N	FFF	497,33	248,67	10%, max. 400	265,34	2 (DFS)	Sehr Gut
Deutscher Ring	Esprit, PIT	FFF	530,17	265,09	450	302,59	1,75 (DFS)	Sehr Gut
DKV	BMKO	FFF	592,03	296,02	0	296,02	AA (Fitch)	Sehr Gut
Gothaer	MediVita, MediClinicPlus, MediVitaZ90, MediMPlus	FFF	488,83	244,42	250	265,25	A- (S&P)	Sehr Gut
Hallesche	PRIMO.Bonus Z plus, JOKER.flex	FF	455,48	227,74	0	227,74	A+ (Assekurata)	Sehr Gut
HUK-Coburg	Select Pro 2	FF	344,04	172,02	600	222,02	2,75 (DFS)	Sehr Gut
Inter	QualiMed Exklusiv	FF+	472,07	236,04	600	286,04	1,25 (DFS)	Sehr Gut
Nürnberger	TOP3,S2,ZZ20	FFF	504,61	252,31	300	277,31	A+ (Fitch)	Sehr Gut
Pax Familienfürsorge	SelectU 2	FF	377,45	188,73	600	238,73	2,25 (DFS)	Sehr Gut
R+V	AGIL comfort U	FF+	509,34	254,67	0	254,67	1,25 (DFS)	Sehr Gut
Signal	KOMFORT-PLUS, KurPlus/100	FF+	495,63	247,82	480	287,82	1,75 (DFS)	Sehr Gut
Süddeutsche	AM30, S1, Z6	FFF	502,76	251,38	30%, max. 480	271,38	2 (DFS)	Sehr Gut
Univisa	uni-intro Privat 300, uni-SZII plus	FF-	347,90	173,95	300	198,95	1,75 (DFS)	Sehr Gut
Alte Oldenburger	A 80/100, K 20, Z 100/80, KUR/100	FF	561,48	280,74	20%, max. 330	294,49	1,75 (DFS)	Gut
Bayerische Beamten	Gesundheit Comfort, Zahn2, VitalPLUS	FF	517,62	258,81	300	283,81	A (S&P)	Gut
Central	central.privatpro1	FF+	497,72	248,86	750	311,36	A (A.M.Best)	Gut
LKH	A103, S200,Z61	FF+	514,70	257,35	600	307,35	1,75 (DFS)	Gut
LVM	A 560, S2, Z100/80	FF+	500,98	250,49	560	297,16	1,75 (DFS)	Gut
Münchener Verein	BONUS CARE ADVANCE Plus, 790/100	FF+	603,16	301,58	0	301,58	2 (DFS)	Gut
UKV	Gesundheit Comfort, Zahn2, VitalPLUS	FF	517,62	258,81	300	283,81	A (S&P)	Gut
DEVK	AM-V1, ST-V3, ST-V2, ZE-V	F+	550,38	275,19	360	305,19	A+ (Fitch)	Befriedigend

Stand 6/2017; in Euro; Unisex-Tarif Mann/Frau 35 Jahre; Kategorie Ausgewogener Schutz (HanseMerkur, VGH bieten keinen Ausgewogenen Schutz; Concordia hat kein Finanzstärke-Rating; Württembergische will nicht teilnehmen); Noten s. 5 71; ¹⁾Gewichtung: FB-Rating und Beitrag zu je 40 %, Finanzstärke zu 20 %; ²⁾Der jährliche Selbstbehalt (SB) wurde zu 1/12 auf den monatlichen Arbeitnehmerbeitrag addiert; bei prozentualen SB erfolgte die Umlage mit dem halben Selbstbehalt; ³⁾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

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 FB-Geschäftsführer Michael Franke. Dadurch 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, der 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.



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



Handschlag: Arzt und Privatpatient müssen einander vertrauen – nicht nur bei der Behandlung, sondern auch bei der Abrechnung

Konkrete Bewertungskriterien

Anhand des in dieser Folge analysierten ausgewogenen Gesundheitsschutzes, der bei Franke und Bornberg „Standardschutz“ genannt wird, werden die konkreten Prüffelder exemplarisch aufgeführt (auch die Detailprüfungen des Top-Schutzes sowie des Klassik-Schutzes sind im Grundsatz ähnlich, variieren aber beim konkret bewerteten Leistungsumfang). Die Tarife müssen folgende Merkmale 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 Krankenfahrtstühlen. Fehlt mindestens eines dieser Merkmale, wird das Produkt nur dem Klassik-Schutz zugeordnet. Zudem werden für die Top-Ratings FFF und FF+ zusätzliche Mindeststandards verlangt. Geprüft werden 13 Hauptkriterien mit 91 Detailkriterien:

- 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 Gebührenehöchstsätze. 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.

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.