



Private Krankenversicherung

OPTIMALER SCHUTZ

Als Patient erster Klasse soll für Sie vor allem das Preis-Leistungs-Verhältnis stimmen?
Dann lohnt sich der Blick auf die besten Angebote mit ausgewogenem Schutz

- 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
 - 43 Gesundheitsservices**
Wer mit speziellen Programmen die Gesundheit fördert
 - 46 Beamtenarife**
Top-Angebote für beihilfeberechtigte Staatsdiener

Was passiert am 21. Dezember dieses Jahres? Es endet der mystische Maya-Kalender. Richtig. Und was noch? Die reale Versicherungswelt wird auf den Kopf gestellt, denn ab dem Stichtag gelten nur noch Unisex-Tarife. Unisex? Männer und Frauen zahlen dann für den gleichen Versicherungsschutz denselben Beitrag beziehungsweise erhalten die gleichen Leistungen. Das gilt auch für die private Krankenversicherung (PKV). Heißt: Für Männer wird ein Neuabschluss ab dem 21. Dezember 2012 teurer, für Frauen hingegen günstiger. Aber auch Bestandskunden sollten aufpassen, denn bei der privaten Krankenversicherung haben sie grundsätzlich ein Wechselrecht in andere gleichartige Tarife ihres Versicherers. Das bedeutet: Bestandskunden können auch in die neue Unisex-Welt eintauchen, wenn es für sie lukrativer ist.

Die Vorteile. Aber warum sollte man sich eigentlich generell für eine private Krankenversicherung entscheiden? Oft überzeugt die freie Wahl eines meist höherwertigen Leistungsumfangs als in der gesetzlichen Krankenversicherung – und das mit lebenslanger Garantie. Privatversicherte können sich nämlich auf den vertraglich vereinbarten Gesundheitsschutz verlassen. Leistungskürzungen, wie sie regelmäßig im gesetzlichen System passieren, sind ausgeschlossen. Außerdem bietet die PKV zahlreiche Behandlungsvorteile und den Einsatz medizinisch-technischer Innovationen. Jeder Versicherte kann sich hier sein ganz persönliches Absicherungspaket selbst zusammenschneiden.

Aber nicht jeder bekommt den privaten Versicherungsschutz. Freiberufler, Selbstständige und beihilfeberechtigte Staatsdiener dürfen jederzeit in die PKV, Arbeitnehmer jedoch nur, wenn ihr Jahreseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze (2012: 50 850 Euro) liegt. Die Beiträge sind dabei nach Leistungsumfang, Alter, Gesundheitszustand und derzeit noch nach Geschlecht des Kunden berechnet. Beitragserhöhungen während der Laufzeit bleiben jedoch nicht aus. Damit die Prämien im Alter nicht explodieren, bilden die Versicherer sogenannte Alterungsrückstellungen. Das sind mittlerweile immerhin rund 146 Milliarden Euro.

Privatpatienten können Arbeitgeber und Fiskus an den Kosten beteiligen. Vom Arbeitgeber erhalten sie nämlich die Hälfte ihrer Beiträge erstattet. Allerdings gedeckelt durch einen Maximalzuschuss, der vom Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenkassen abhängt (2012: 279,23 Euro). Die aus der eigenen Tasche gezahlten Beiträge sind zudem steuerlich absetzbar, wenn sie einer dem gesetzlichen Leistungsniveau gleichgestellten Absicherung entsprechen.

Die besten Angebote. „Wichtig für einen guten Krankenversicherungsschutz ist insbesondere die hochwertige Absicherung im Krankenhaus. Denn hier geht es häufig um schwere Unfälle und lebensbedrohliche Erkrankungen“, sagt Katrin Bornberg, Geschäftsführerin bei Franke und Bornberg (FB). Gemeinsam mit den FB-Experten hat FOCUS-MONEY die besten Angebote für einen ausgewogenen PKV-Schutz herausgefiltert (siehe S. 72). Also nicht die Tarife mit dem höchsten Leistungsniveau, sondern die mit einem ausgewogenen Preis-Leistungs-Verhältnis. ■▷

JULIA HASSMANN

DIE BEWERTUNG

Was die Besten bieten müssen

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 Seite 72) 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 Mannes sowie einer gleich alten Frau. Der Gesamtbeitrag wird also halbiert (AG- und AN-Anteil), die Selbstbehalte anteilig hinzuaddiert. Die Beitragsnote (je zur Hälfte von Mann und Frau) macht 40 Prozent der Gesamtnote aus.

Beiträge Mann	Noten	Beiträge Frau	Noten
bis 180 Euro = 1		bis 210 Euro = 1	
bis 200 Euro = 1,5		bis 230 Euro = 1,5	
bis 220 Euro = 2		bis 250 Euro = 2	
bis 240 Euro = 2,5		bis 270 Euro = 2,5	
bis 260 Euro = 3		bis 290 Euro = 3	
bis 280 Euro = 3,5		bis 310 Euro = 3,5	
bis 300 Euro = 4		bis 330 Euro = 4	
bis 320 Euro = 4,5		bis 350 Euro = 4,5	
bis 340 Euro = 5		bis 370 Euro = 5	
bis 360 Euro = 5,5		bis 390 Euro = 5,5	
über 360 Euro = 6		über 390 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	DFSJ	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, DFSJ, eigene Berechnungen

LEISTUNGSPRÜFUNG

Was wirklich wichtig ist

Bei der privaten Krankenversicherung ist es wie in der Ehe – meist hält die Verbindung lebenslang. Deshalb ist die Leistungsbeurteilung für Privatpatienten besonders wichtig, gilt das einmal gewählte Ab-sicherungspaket 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 Quelle sind deshalb nur die gedruckten Versicherungsbedingungen und der Versicherungsschein zugelassen. Aus Kulanz kann zwar die aktuelle Leistungspraxis der jeweiligen Versicherer auch über die Regelungen im Kleingedruckten hinausgehen – aber darauf kann sich der Kunde eben nicht dauerhaft verlassen. Die Klauseln im Bedingungs-werk sollten also so formuliert sein, dass sie auch für juristische Laien verständlich, klar und eindeutig sind. Undeutliche Formulierungen führen bei FB regelmäßig zu Abwertungen.

Die besten ausgewogenen Tarife

Gesellschaft	Tarife	FB-Rating	Note FB-Rating	Monats-beitrag Mann	Beitrag AN-Anteil	max. Selbst-behalt	AN-Anteil inkl. SB	Note Beitrag Mann	Monats-beitrag Frau	Beitrag AN-Anteil	max. Selbst-behalt	AN-Anteil inkl. SB	Note Beitrag Frau	Note Beitrag gesamt ¹⁾	Finanzstärke	Note Finanz-stärke	Gesamt-note ²⁾
1	R+V AGIL comfort	FFF	1	386,73	193,37	0	193,37	1,5	445,76	222,88	0	222,88	1,5	1,5	AA (= A+)	1,75	1,35
2	DKV BestMed 4	FF+	1,5	399,70	199,85	0	199,85	1,5	463,58	231,79	0	231,79	2	1,75	AA-	1,25	1,55
3	Axa Vital-N, 541-N	FFF	1	371,91	185,96	300	210,96	2	501,76	250,88	300	275,88	3	2,5	AA-	1,25	1,65
4	Allianz Aktimed Plus 90P, 591	FF	2	355,77	177,89	10%, max. 500	219,55	2	396,27	198,14	10%, max. 500	239,80	2	2	AA	1	1,80
4	Huk-Coburg Select	FF-	2,5	324,75	162,38	0	162,38	1	412,56	206,28	0	206,28	1	1	A+ (= A)	2	1,80
5	Continentale Comfort, SGII2/100, AV-P1, KS	FF-	2,5	243,01	121,51	380 ³⁾	153,18	1	314,45	157,23	380 ³⁾	188,90	1	1	A+ (= A-)	2,25	1,85
5	Gothaer MediVita, MediVita Z90, SEK, SE 2	FF+	1,5	351,90	175,95	250	196,78	1,5	482,96	241,48	250	262,31	2,5	2	A-	2,25	1,85
6	Deutscher Ring Esprit, Futura, PIT	FFF	1	372,43	186,22	450	223,72	2,5	467,50	233,75	450	271,25	3	2,75	A+ (= A)	2	1,90
6	Hallesche Primo Plus Z, JOKERflex	FF-	2,5	290,16	145,08	300	170,08	1	386,72	193,36	300	218,36	1,5	1,25	A+ (= A)	2	1,90
6	HanseMerkur ProFit, ASZG, PS3, PS2	FFF	1	486,47	243,24	0	243,24	3	537,16	268,58	0	268,58	2,5	2,75	AA- (= A)	2	1,90
6	Süddeutsche A75, S102, ZS75	FF	2	307,73	153,87	25%, max. 650	208,03	2	329,80	164,90	25%, max. 650	219,07	1,5	1,75	A+ (= A)	2	1,90
7	Barmenia easyflex clinicPlus	FF-	2,5	306,87	153,44	200	170,10	1	407,15	203,58	200	220,24	1,5	1,25	A (= BBB+)	2,75	2,05
8	Nürnberger Top, Top H, SZ2, ZZ20, Zusatztarif EBV 31	FF	2	352,25	176,13	306	201,63	2	454,27	227,14	306	252,64	2,5	2,25	A	2	2,10
9	Arag K	FF-	2,5	403,76	201,88	0	201,88	2	451,89	225,95	0	225,95	1,5	1,75	A+ (= A-)	2,25	2,15
9	Inter QualiMed Exklusiv	FF+	1,5	419,06	209,53	300	234,53	2,5	488,60	244,30	300	269,30	2,5	2,5	A (= BBB+)	2,75	2,15
10	Alte Oldenburger A 80/100, K 20, Z 100/80, KUR	FF	2	450,42	225,21	20%, max. 330	252,71	3	505,55	252,78	20%, max. 330	280,27	3	3	A++ (= AA)	1	2,20
10	Debeka PN	FF-	2,5	392,80	196,40	10%, max. 400	229,73	2,5	468,44	234,22	10%, max. 400	267,55	2,5	2,5	A++ (= AA)	1	2,20
11	Pax Select	FF-	2,5	366,96	183,48	0	183,48	1,5	465,05	232,53	0	232,53	2	1,75	A (= BBB+)	2,75	2,25
12	Central V221S1	FF+	1,5	481,09	240,55	325	267,63	3,5	555,97	277,99	325	305,07	3,5	3,5	A	2	2,40
13	Bayerische BKK Gesundheit Comfort, Zahn 2	FF-	2,5	394,65	197,33	300	222,33	2,5	504,76	252,38	300	277,38	3	2,75	A	2	2,50
13	UKV Gesundheit Comfort, Zahn 2	FF-	2,5	394,65	197,33	300	222,33	2,5	504,76	252,38	300	277,38	3	2,75	A	2	2,50
14	Signal KOMFORT-PLUS	FF-	2,5	361,74	180,87	480	220,87	2,5	460,42	230,21	480	270,21	3	2,75	A+ (= A-)	2,25	2,55
15	Württembergische KN	FF-	2,5	430,74	215,37	600	265,37	3,5	411,95	205,98	600	255,98	2,5	3	AA- (= A)	2	2,60
16	Universa intro/Privat 600	F	4	254,32	127,16	600	177,16	1	328,22	164,11	600	214,11	1,5	1,25	A (= BBB+)	2,75	2,65
17	Concordia AV, SV2, ZV1, VV Plus	FF-	2,5	482,48	241,24	0	241,24	3	580,40	301,18	0	301,18	3,5	3,25	A+ (= A)	2	2,70
18	LVM A20/P, S2, Z100/80	FF	2	390,27	195,14	20%, max. 1750	340,97	5,5	417,36	208,68	20%, max. 1750	354,51	5	5,25	A++ (= AA)	1	3,10
18	Provinzial Kranken VKAn, KHPn, KHUn, KURn	F	4	418,87	209,44	270	231,94	2,5	496,41	248,21	270	270,71	3	2,75	AA- (= A)	2	3,10
19	Mannheimer PURISMA PRO, SeIAS 22P, SeIZ 2P	FF-	2,5	533,02	266,51	0	266,51	3,5	637,01	357,79	0	357,79	5	4,25	Continentale: A+ (A-)	2,25	3,15
20	LKH 110, 220/B, 192	F	4	428,27	214,14	10%, max. 600	264,14	3,5	498,46	249,23	10%, max. 600	299,23	3,5	3,5	A+ (= A-)	2,25	3,45

Stand: 7/2012; in Euro; Beispielfall: Mann/Frau, 35 Jahre, Kategorie Ausgewogener Schutz, Noten s. Seite 71; ¹⁾Gewichtung: Beitrag Mann und Frau zu je ½; ²⁾Gewichtung: FB-Rating und Beitrag gesamt pauschaler Selbstbehalt, sondern fallbezogen: 20 Euro je Behandlungstag, Medikament etc. (Tarif Comfort); maximal also gesetzliche Höchstgrenze: 5000 Euro; hier: fiktiver SB bei Annahme gelegentlicher

Rating-Systematik

Um die echte Leistungsstärke eines Tarifs zu bewerten, ist der Selbstbehalt des Produkts zu beachten. Doch nicht immer ist dieser offener Bestandteil des Tarifs. Manche Selbstbehalte sind nämlich ver-steckt, zum Beispiel wenn durch die Versicherungsbedingungen be-stimmte 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 außerdem 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 Kos-ten, aber auch nach der Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Leistungs-falls. So sind die Bereiche der ambulanten, stationären und Zahnleis-tungen grundsätzlich am stärksten gewichtet, da hier am häufigsten Kosten anfallen.

Sind alle Tarife bewertet, ergibt sich für jedes Produkt eine Gesamt-punktezahl und somit eine Zuordnung in die entsprechende Rating-Klasse (siehe S. 71). Diese sind in ihrer Bandbreite so bemessen, dass für die Praxis unerhebliche Punkteunterschiede nicht zur Einstufung in eine andere Klasse führen.

Konkrete Bewertungskriterien

Für den ausgewogenen Gesundheitsschutz, der bei Franke und Born-berg „Standardschutz“ genannt wird, müssen die Tarife folgende Merkmale ausweisen: 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 ausgewoge-nen Schutz sind 13 Hauptkriterien mit 91 Detailkriterien wichtig:

- Auslandsaufenthalte mit 5 Kriterien
- Ausschlüsse mit 1 Kriterium
- erstattungsfähige Leistungen ambulant mit 19 Kriterien (s. rechts)
- 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
- Stafflung 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 Ein-zelnen 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 am-bulanten Leistungen zählen dabei allgemeine ärztliche Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen, Heilpraktikerbehandlung, alternative Heil-methoden, ambulante Psychotherapie und Arzneimittel. Neben der prozentualen Kostenbeteiligung des Versicherers wird auch bewert-et, ob bis zu den Höchstsätzen der ärztlichen Gebührenordnung ge-zahlt wird (3,5-facher Satz für persönliche Leistungen, 2,5-facher Satz für medizinisch-technische Leistungen, 1,3-facher Satz für Laborleis-tungen) – oder nur geringere beziehungsweise sogar höhere Rech-nungen 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 die entsprechende Erkrankung spezialisiert ist“, sagt Michael Franke, Geschäftsführer bei FB. Für die Bewertung stationärer Leistungen zählen dabei die Erstattungen für allgemeine Krankenhausleistungen, Privatkliniken, Chefarztbehandlung, Zimmerunterbringung, stationäre Psychotherapie, Transportkosten und die Bindung an Gebühren-höchstsätze. 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 Wahr-scheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt liegt. Die Gewichtung-ungen sind also mit dem ambulanten Bereich vergleichbar.

Zahnleistungen

Inlays, Verblendungen oder Implantate – im Zahnbereich gibt es ge-nerell 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, Kno-chenaufbau, sonstigen kieferorthopädischen und therapeutischen Be-handlungen sowie die Erstattungshöchstsätze. In den ersten Versicherungsjahren sind außerdem die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie oft be-grenzt – die sogenannte Zahnstaffel. Höhe und Dauer der Begrenzung sind je nach Gesellschaft und Tarif unterschied-lich. In die Bewertung der Experten gehen die Stafflungen bis zum sechsten Versicherungsjahr ein.

R+V Mehr über den Testsieger

Die beste PKV-Police für ausgewogenen Gesundheitsschutz bietet R+V (Tarif AGIL comfort). Die Police verbindet Top-Leistungen zu günstigen Beiträgen mit ausgezeich-ner Bonität. Welchen Kostenanteil übernimmt die Versicherung? Fälle: ambulante ärzt-liche Leistungen? 100 Prozent. Vorsorgeuntersuchungen? 100 Prozent. Arzneimittel? 100 Prozent. Auch empfohlene Schutzimpfungen und Transportkosten werden in der Regel vollständig getragen, bis zu den Höchstsätzen der ärztlichen Gebührenordnung. Ambulante Psychotherapie? 75 Prozent – bis maximal 750 Euro auch bei Heilpraktiker-behandlungen. Im stationären Bereich werden Chefarztbehandlung, Unterbringung im 2-Bett-Zimmer, stationäre Psychotherapie und Transportkosten bis zu den Gebüh-ren-höchstsätzen in voller Höhe bezahlt, sogar in einer Privatklinik. Für Heil- und Hilfsmittel gelten grundsätzlich 75 Prozent Kostenübernahme. Rehabilitationsmaßnahmen werden zwar nicht bezahlt, Anschlussheilbehandlungen nach einem Krankenhausaufenthalt aber schon. Bei Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe gelten 100 Prozent Kostenüber-nahme, bei Zahnersatz, Knochenaufbau und Inlays 75 Prozent. Wichtig: Es gibt keine Staffregelung, die Zahnleistungen sind in den ersten Jahren also nicht eingeschränkt.