



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

PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

Bestens betreut

Privatpatienten schätzen vor allem die **umfangreichen Leistungen** ihres Gesundheitsschutzes. Dass diese **gar nicht mal teuer** sein müssen, zeigen die Siegertarife im Preis-Leistungs-Ranking

von WERNER MÜLLER

Kürzlich war die Aufregung im Krankenversicherungslager groß, als der Vorstandschef eines privaten Anbieters öffentlich darüber nachdachte, ob nicht in puncto Corona unterschiedliche Tarife für Geimpfte und Ungeimpfte sinnvoll wären. Sozusagen ein Corona-Zuschlag für Impfverweigerer. Schnell haben seine eigene Gesellschaft und die gesamte Branche versucht, die Debatte wieder einzufangen. Aber der Denkanstoß macht den Unterschied zwischen gesetzlichem (GKV) und privatem (PKV) Krankenversicherungssystem nochmals ganz gut deutlich. Während nämlich die Bedingungen der GKV festgelegt sind und eine Unterscheidung nach Impfstatus ausgeschlossen ist, sind die privaten Anbieter in Leistungsangebot und -gestaltung weitestgehend frei. Und zur konkreten Tarifikalkulation müssen Interessenten im Antrag ohnehin zahlreiche Gesundheitsfragen beantworten.

Dafür bieten die privaten Krankenversicherer in der Regel ein deutlich umfangreicheres Leistungspaket an. Hat der Kunde sich dann für die PKV entschieden, bleiben die vertraglich vereinbarten Zusagen auch während der gesamten Vertragsdauer garantiert. Leistungskürzungen oder gar die Abschaffung von Kostenübernahmen wie in der GKV gibt es nicht. Vor allem dieses verlässliche und hochwertige Leistungsniveau überzeugt viele Privatpatienten. Insofern ließe sich für bestehende Kunden auch keinesfalls nachträglich eine mögliche Impfklausel einbauen. Allenfalls für künftige mögliche Interessenten wäre so etwas denkbar.

Durchblick im Tarifangebot. Doch nicht jeder, der seinen Gesundheitsschutz dem privaten System anvertrauen möchte, darf dies auch. Selbstständige, Freiberufler und Beamte können zwar frei wählen, aber für Arbeitnehmer hat der Gesetzgeber zusätzliche Hürden errichtet: Sie müssen über der Versicherungspflichtgrenze (2021:64 350 Euro im Jahr) verdienen, um in die PKV zu kommen. Dennoch wechseln mehr Versicherte von der GKV in die PKV als umgekehrt. Zumal auch die schnellere Teilhabe an Innovationen im Gesundheitswesen, das flexible Tarifangebot sowie die Finanzpolster der PKV für ihre Kunden in Höhe von über 288 Milliarden Euro weitere gute Gründe dafür liefern.

Haben sie sich aber einmal für die PKV entschieden, fühlen sich viele Kunden von der Vielzahl an Tarifen und Tarifkombinationen überfordert, um einen für sie passenden Gesundheitsschutz herauszufiltern. „Das Angebot der PKV ist im Gegensatz zur GKV vielfältig und reicht von der Grundversorgung bis hin zu Spitzenleistungen“, erklärt Katrin Bornberg, Geschäftsführerin des renommierten Analysehauses Franke und Bornberg (FB). Deshalb hat FB die Tarifwelt in drei Leistungsniveau-Klassen differenziert.

Nach dem Top-Schutz in der letzten Folge der PKV-Serie von FOCUS-MONEY und den FB-Experten geht es nun um höhere Leistungen zu bezahlbaren Beiträgen. „Eine gute und ausgewogene Krankenversicherung sollte 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-Chefin Bornberg. Wer in diesem Sinne die besten Tarife bietet, lesen Sie auf den folgenden Seiten. ■ ▷

Gesamtbewertung

Aus drei Einzelnoten für Leistungsqualität, Beitragshöhe und Finanzstärke (s. u.) 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

Leistungsklassen der Tarife

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

Quelle: Franke und Bornberg, eigene Berechnungen

Notenskala der PKV-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: 384,50 Euro) und die Selbstbehalte werden anteilig hinzuaddiert. Die so ermittelten Eigenbeiträge werden benotet und zählen mit 40 Prozent zur Gesamtnote.

Beiträge	Note
bis 260 Euro	1
bis 280 Euro	1,5
bis 300 Euro	2
bis 320 Euro	2,5
bis 340 Euro	3
bis 360 Euro	3,5
bis 380 Euro	4
bis 400 Euro	4,5
bis 420 Euro	5
bis 440 Euro	5,5
über 440 Euro	6

Quelle: eigene Berechnungen

Profi-Urteile 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	Assekuranta, Bonität	Assekuranta, Unternehmensrating	DFS, Unternehmensqualität	Note
AAA	AAA	Aaa	A++	AAA			
AA+	AA+	Aa1		AA+			
AA	AA	Aa2	A+	AA	A++	AAA	1
AA-	AA-	Aa3		AA-		AA+	1,25
A+	A+	A1	A	A+	A+		1,75
A	A	A2		A		AA	2
A-	A-	A3	A-	A-	A	A+	2,25
BBB+	BBB+	Baa1	B++	BBB+	A-	A	2,75
BBB	BBB	Baa2		BBB	B+	BBB+	3
BBB-	BBB-	Baa3	B+	BBB-		BBB	3,25

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

LEISTUNGSPRÜFUNG

Was bei der Tarifwahl wichtig ist

Neben den zu zahlenden Beiträgen und der Finanzkraft des konkreten Anbieters legen Privatpatienten besonders auf die Leistungsqualität des gewählten Tarifs Wert. Denn in der Regel bleiben sie lebenslang an ihre private Krankenversicherung gebunden und das vereinbarte Absicherungspaket gilt für die gesamte Vertragslaufzeit. Die Spezialisten von Franke und Bornberg (FB) analysieren und bewerten daher die Leistungsqualität der Tarife nach folgender Systematik:

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 Formulierun-

gen 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 (SB) des Produkts zu beachten. Doch nicht immer ist dieser offener Bestandteil des Tarifs. Manche SBs sind versteckt, etwa wenn durch die Versicherungsbedingungen bestimmte Leistungen nicht oder nur begrenzt erstattet werden. Die Selbstbeteiligungen sind daher in einem komplexen formelbasierten Verfahren berücksichtigt, damit nur die auch tatsächlich beim Versicherten ankommenden Leistungen bewertet 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 erfolgt eine unterschiedliche Gewichtung der Kriterien: nach den zu erwartenden Kosten und 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 Pro-



Der beste ausgewogene PKV-Schutz

Gesellschaft	Tarife	FB-Rating	Monatsbeitrag	AN-Beitrag	Selbstbehalt ²⁾	AN-Beitrag inkl. SB	Finanzstärke (von)	Bewertung ¹⁾
Allianz	AktiMedPlus90P (AMP90PU), PVN	FFF	556,82	278,41	10%, max. 500	299,24	AA (S&P, Fitch)	Hervorragend
Arag	K, FlexiPro, PVN	FF+	411,66	205,83	600	255,83	AA+ (DFS)	Hervorragend
Axa	ActiveMe-U, Kompakt Zahn-U, PVN	FFF	494,63	247,31	500	288,98	AA- (S&P, Fitch)	Hervorragend
Barmenia	einsAprima2+, PVN	FFF	547,48	273,74	600	323,74	AA+ (DFS)	Sehr Gut
Debeka	N, PVN	FFF	588,59	294,30	10%, max. 400	310,97	A++ (Assekurata, U)	Sehr Gut
DKV	BMK1, BMKD, PVN	FFF	606,23	303,11	400	336,44	AA (Fitch)	Sehr Gut
Hallesche	PRIMO.Z plus, JOKER.flex, URZ, PVN	FF	445,71	222,8 5	600	272,85	A+ (Assekurata, B)	Sehr Gut
HUK-Coburg	Select Pro 2, PVN	FF	429,93	214,97	600	264,97	A+ (Assekurata, U)	Sehr Gut
Nürnberger	TOP6, S2, PVN	FFF	534,46	267,23	600	317,23	A+ (Fitch)	Sehr Gut
R+V	AGIL comfort U, PVN	FF+	507,64	253,82	480	293,82	AA (DFS)	Sehr Gut
Signal Iduna	KOMFORT-PLUS1, KurPlus/100, PVN	FFF	579,62	289,81	480	329,81	AA+ (DFS)	Sehr Gut
Süddeutsche	AM30, S1, Z65B, PVN	FFF	550,77	275,38	30%, max. 480	295,38	A+ (Assekurata, U)	Sehr Gut
VRK	SelectU 2, PVN	FF	469,76	234,88	600	284,88	A+ (Assekurata, B)	Sehr Gut
Alte Oldenburger	A 80/100, K 20, Z 100/80, KUR/100, PVN	FF+	624,61	312,31	20%, max. 330	326,06	A++ (Assekurata, U)	Gut
Concordia	AV2, SV2, ZV2, VV Plus, PVN	FF+	551,30	275,65	600	325,65	A (DFS)	Gut
Deutscher Ring	Esprit, PIT, PVN	FFF	634,99	317,50	450	355,00	Signal Iduna: AA+ (DFS)	Gut
Gothaer	MediVita, MediClinicPlus, MediVitaZ90, MediMPlus, PVN	FFF	604,20	302,10	250	322,93	A (S&P)	Gut
Inter	QualiMed Exklusiv, PVN	FF+	556,66	278,33	600	328,33	A (Assekurata, B)	Gut
LVM	A 560, Z100/80, S2, PVN	FF+	561,72	280,86	560	327,53	A++ (Assekurata, U)	Gut
Münchener Verein	BONUS CARE ADVANCE Plus, OPTI SELECT (106), 790/100, PVN	FFF	626,46	313,23	480	353,23	A+ (DFS)	Gut

Stand 7/2021; in Euro; Unisex-Tarif Mann/Frau 35 Jahre; Kategorie Ausgewogener Schutz (HanseMerkur, Bayerische Beamten, UKV bieten keinen Ausgewogenen Schutz, Württembergische, Generali keine FB-Bewertung, DEVK keine Beiträge, Continentale, LKH, Universa, VGH Provinzial keine Finanzstärke); Beiträge inkl. gesetzlichem Zuschlag und Pflegepflichtversicherung; Noten s. S. 71; ¹⁾Gewichtung: FB-Rating und Beitrag zu je 40%, Finanzstärke zu 20%; ²⁾jährlicher Selbstbehalt (SB) zu 1/12 auf monatlichen Arbeitnehmerbeitrag addiert; bei prozentualen SB: Umlage mit dem halben Selbstbehalt

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

dukt 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

Anhand des in dieser Folge analysierten ausgewogenen Gesundheitsschutzes, der bei Franke und Bornberg „Standard-schutz“ genannt wird, werden die konkreten Prüffelder exemplarisch aufgeführt (auch die Detailprüfungen des Top-Schutzes sowie des Klassik-Schutzes sind im Grundsatz ähnlich, variieren nur etwas im Umfang). Die Tarife müssen 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 dem Klassik-Schutz zugeordnet. Geprüft werden 13 Hauptkriterien mit 91 Detailkriterien:

- **Auslandsaufenthalte, 5 Kriterien**
- **Ausschlüsse, 1 Kriterium**
- **erstattungsfähige Leistungen ambulant, 19 Kriterien (s. unten)**
- **erstattungsfähige Leistungen Zahn, 12 Kriterien (s. rechts)**
- **erstattungsfähige Leistungen Kur, 6 Kriterien**
- **erstattungsfähige Leistungen stationär, 15 Kriterien (s. unten)**
- **Heil- und Kostenplan, 2 Kriterien**
- **Heilmittel, 4 Kriterien**
- **Hilfsmittel, 13 Kriterien**
- **Staffelung Höchstbeträge für Zahnersatz, 6 Kriterien**
- **Umstellungsoptionen, 3 Kriterien**
- **Versicherung von Neugeborenen, 1 Kriterium**
- **Wartezeiten, 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 sieht FB gar nicht mal so sehr in der angenehmeren Unterbringung im 2-Bett-Zimmer, sondern vielmehr in der Wahlmöglichkeit, sich das am besten geeignete Krankenhaus sowie den spezialisierten Arzt aussuchen zu können. Für die Bewertung stationärer Leistungen zählen etwa die Erstattungen für Chefarztbehandlung, Unterbrin-



KRANKENHAUSBESUCH: Privatpatienten mit ausgewogenem PKV-Schutz können sich auf sehr gute stationäre Leistungen verlassen

gung 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 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.