

So lesen Sie die Tabellen

Getestet wurden aktuell für Neukunden erhältliche Private Krankenvollversicherungen (PKV) in drei Kategorien: kein Selbstbehalt; Selbstbehalt zwischen einem und 1000 Euro; Selbstbehalt größer als 1000 Euro. Die Daten und deren Quantifizierung stammen von KVpro, einem Informationsdienstleister, der auf PKV spezialisiert ist (Internetadresse: kvpro.de). Dessen Datenbank umfasst rund 35 000 Tarife. Für den Test wurden knapp 800 Tarife von 40 Anbietern betrachtet. Die Tabellen enthalten 39 Tarife ohne Selbstbehalt und die je 56 Tarife mit geringem und hohem Selbstbehalt.

Voraussetzung für die Aufnahme im Test waren folgende Kriterien:

- Stationär: Ein- oder Zweibett mit Privatarzt (Punkt 18 der Tabellen);
 - Zahn: Zahnbehandlung mindestens 90 Prozent, Zahnersatz mindestens 60 Prozent, Kieferorthopädie kein Minimum (Punkte 19 bis 21).
 - Gesamtbewertung der Tarifbestandteile: eine Leistung im A-Bereich des KVpro-Erstattungsbarometers (A+, A, A-). Dabei muss in jedem der 24 untersuchten Kriterien eine Leistung erbracht werden. Die Kriterien finden Sie unter den laufenden Nummern 1 bis 17 und 22 bis 27; außerdem Zahnleistung - Erstattung in Prozent (letzteres ist nicht in den Tabellen aufgeführt).
- Das KVpro-Erstattungsbarometer besteht aus drei Kategorien mit jeweils drei Teilbereichen, mit dem das Leistungsniveau eines Produkts bezogen auf die untersuchten Fragen gemessen wird:
- C-Bereich (auch als Grundschutz bezeichnet) mit den Teilbereichen C-, C und C+. Kauft ein Verbraucher solch ein Produkt, zahlt er in der Regel gegenüber einem B- oder A-Produkt weniger an Beitrag, muss aber in Kauf nehmen, im Leistungsfall mehr aus eigener Tasche hinzuzahlen zu müssen.
 - B-Bereich (Komfortschutz) mit den Teilbereichen B-, B und B+. Kauft ein Verbraucher solch ein Produkt, zahlt er in der Regel gegenüber einem A-Produkt weniger an Beitrag. Er zahlt im Leistungsfall mehr als bei einem A-Produkt und weniger als bei einem C-Produkt aus eigener Tasche hinzu.
 - A-Bereich (Topschutz) mit den Teilbereichen A-, A und A+. Kauft ein Verbraucher solch ein Produkt, zahlt er im Leistungsfall in der Regel nichts oder kaum aus eigener Tasche hinzu.

Musterfall: männlich; Geburtsdatum: 01.07.1978; Vertragsbeginn: 01.12.2013; Beruf: kaufmännischer Angestellter/Bürotätigkeit; Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen; Vorversicherung: freiwilliges Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ambulante Leistungen

1 GOÄ ambulante Ärzte Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstsätzen der

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? Im ambulanten Bereich werden vielfach die Rechnung in Höhe des 2,3-fachen Satzes der GOÄ geschrieben. Der Höchstsatz liegt für ärztliche Leistungen beim 3,5-fachen Satz der GOÄ.

2 Arznei/Verbandmittel In welchem Umfang werden verordnete Arznei- und Verbandmittel erstattet? Arzneimittel sollten auch so übernommen werden, wie sie der Arzt verschrieben hat, also nicht nur Übernahme von Generika beziehungsweise Begrenzung auf Kosten von Generika (ein Generikum ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen befindlichen Medikaments).

3 Heilmittel Welche verordneten Heilmittel werden in welchem Umfang erstattet? Am häufigsten sind bei Heilmittel Anwendungen der physikalischen Therapie, etwa Krankengymnastik. Daneben gibt es vor allem noch Logopädie (medizinische Sprachheilkunde), Ergotherapie (gezielter Einsatz sinnvoller Tätigkeiten) und Podologie (therapeutische Maßnahmen am Fuß). Besonderheit bei Heilmitteln ist, dass sie in der Regel mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederholt werden müssen. Mit einer einzigen Anwendung ist es meist nicht getan.

4 Hilfsmittel für Blinde Werden die Anschaffungskosten für Blindenhilfsmittel erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang? Blindenhunde können für Blinde existenziell sein; die Anschaffungskosten betragen etwa 25 000 € und werden alle fünf bis sieben Jahre fällig.

5 Hilfsmittel – Prothesen Werden die Anschaffungskosten für Körperersatzstücke erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang? Die Kosten für hochwertige Körperersatzstücke gehen schnell in die Zehntausende, die Vorteile für die Patienten können jedoch enorm sein.

6 Hilfsmittel – Rollstuhl Inwieweit wird die Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrschuhls erstattet? Luxusausstattungen sind fast schon kleine Autos. Aber meistens sind schon Krankenfahrschühle der (oberen) Mittelklasse für die Betroffenen ausreichend.

7 Hilfsmittel – lebenserhaltende Werden die Anschaffungskosten für lebenserhaltende Kontroll- und Behandlungsgeräte erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang? In der Regel ist eine Übernahme der Mietkosten ausreichend, da eine Anschaffung für den jeweiligen Patienten nicht notwendig ist (beispielsweise beim Heimdialysegerät).

8 Psychotherapie Was leistet der Tarif bei ambulanter psychotherapeutischer Behandlung? Bei derzeitiger Zunahme an diagnostizierten psychotherapeutischen Erkrankungen wird diese Leistung immer wichtiger.

9 Hausarztprinzip Wer gilt laut Versicherer als Hausarzt und welche Folgen hat eine Verlet-

zung des Hausarztprinzips? Hausarztprinzip bedeutet, dass die Erstbehandlung immer vom Hausarzt erfolgen muss. Dieser kann dann Überweisungen zum Spezialisten ausstellen. Zumeist werden 20 bis 30 Prozent der sonstigen tariflichen Leistungen nicht übernommen, wenn das Hausarztprinzip verletzt wird. Neben Allgemeinmedizinern sind es in der Regel Augenärzte, Kinderärzte, Gynäkologen und Notfall-/Bereitschaftsärzte Primärärzte, die ohne Überweisung durch einen Primärarzt und Verletzung des Hausarztprinzips in Anspruch genommen werden können.

10 Transportkosten ambulant In welchem Umfang werden Fahrt- und Transportkosten zu und von einer ambulanten Behandlung erstattet? Hier sind vor allem regelmäßige Fahrten beispielsweise zur Dialysebehandlungen, Strahlenbehandlung, Chemotherapie von Interesse, da diese teilweise über sehr viele Jahre notwendig sind.

Stationäre Leistungen

11 Gemischte Anstalten Unter welchen Bedingungen leistet der Tarif für Behandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen beziehungsweise Rekonvaleszenten aufnehmen? In Kurgemeinden ist die gemischten Anstalten in der Regel das einzige Krankenhaus. Dort ist es für die Einwohner von großer Bedeutung, ob sie das ortsansässige Krankenhaus unproblematisch im Rahmen ihres Tarifs nutzen können.

12 Privatkliniken Welche Erstattungsregelung gilt, wenn das Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung beziehungsweise dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnet? Privatkliniken rechnen in der Regel nicht im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes ab, dadurch können deutlich höhere Kosten entstehen als in einem Versorgungs Krankenhaus.

13 GOÄ - Ärzte stationär I Werden die ärztlichen Leistungen im Krankenhaus bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? Im Gegensatz zu Rechnungen im ambulanten Bereich werden Rechnungen im Krankenhaus schnell einmal bis zum 3,5fachen Satz der GOÄ (= Höchstsatz) geschrieben.

14 GOÄ - Ärzte stationär II In welchem Umfang werden ärztlichen Leistungen im Krankenhaus auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattet? Chefarztrechnungen überschreiten häufig den Höchstsatz, da ist manchmal selbst der fünffache Satz nicht ausreichend.

15 Psychotherapie Welche Leistungen werden bei einer ärztlich verordneten stationären Psychotherapie übernommen? Da stationäre Psychotherapie in der Regel mindestens einige Wochen dauert und Verlängerungen an der Tagesordnung sind, sollte der Tarif keine Begrenzung auf eine bestimmte Anzahl von Aufent-

haltstagen haben. Die stationäre Psychotherapie ist von den Kostenrisiken her deutlich existenzieller als ambulante Psychotherapie.

16 Rehabilitation Welche Leistungen werden bei der Anschlussheilbehandlung (Rehabilitation) übernommen – entweder nach Vorleistung der gesetzlichen Leistungsträger, oder wenn kein gesetzlicher Rehabilitationsträger vorhanden ist? Anschlussheilbehandlungen starten maximal 14 Tage nach Beendigung an eine Krankenhausbehandlung. In der Regel gibt es gesetzliche Leistungsträger. Die PKV übernimmt verbleibende Restkosten und, falls vorhanden, Kosten für Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Ein-/Zweibettzimmer).

17 Transportkosten im Inland In welchem Umfang erstattet der Tarif Fahrten und Transporte zum und vom Krankenhaus? Wichtig ist an dieser Stelle, dass zumindest bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus auch in Spezialfahrzeugen (etwa Hubschrauber) geleistet wird. In diesem Zusammenhang sind auch Verlegungen in andere Krankenhäuser interessant.

18 Unterbringung E= Einbettzimmer mit Privatarzt-Behandlung, Z= Zweibettzimmer mit Privatarztbehandlung

Zahnleistungen

19 Zahnersatz Mit dem Prozentwert in dieser Spalte wird ausgewiesen, wie hoch die Leistung der Versicherung für privatärztlich berechnete Leistungen (also auch einer besonders hochwertigen Versorgung) im Bereich Zahnersatz ist. Zahnersatz sind Kronen, Brücken, Prothesen und kombinierte Formen. Auch Implantate gehören dazu, sie sind aber nicht in allen Policen mit-versichert. Nicht zum Zahnersatz gehören spezielle Zahnfüllungen und Inlays; Letztere sind aber trotzdem bei guten Policen oft eingeschlossen.

20 Zahnbehandlung Mit dem Prozentwert in dieser Spalte wird ausgewiesen, wie hoch die Leistung der Versicherung für privatärztlich berechnete Leistungen (also auch einer besonders hochwertigen Versorgung) aus dem Bereich Zahnbehandlung ist. Das können etwa spezielle Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Parodontosebehandlungen oder ähnliches sein. Kieferorthopädie ist üblicherweise nicht Teil der Zahnbehandlung und werden deshalb eigens aufgeführt.

21 Kieferorthopädie Sind Leistungen für Kieferorthopädie (Korrektur von Zahnfehlstellungen) auch für Erwachsene enthalten?

22 GOZ Zahnärzte Werden die zahnärztlichen Leistungen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet? Zumindest für komplizierte Fälle sollte der Höchstsatz der GOZ (3,5facher Satz) übernommen werden. Dieser ist jedoch begründungspflichtig.

23 Implantate Sind Leistungen für Implantate enthalten? Es ist nicht unbedingt notwendig, alle Zähne (falls diese fehlen) durch Implantate zu ersetzen. In der Regel sind je vier bis sechs Implan-

tate im Unter- und Oberkiefer ausreichend. Zusätzlich zu diesen Leistungen fallen auch augmentative Leistungen (Knochenaufbau) an.

24 Inlays Sind Leistungen für Inlays (Einlagefüllungen) enthalten? Inlays sind für den Zahnbereich gesehen eher geringere Kosten. Hierbei sollten Verblendungen und alle verfügbaren Materialien erstattungsfähig sein.

25 Gnathologie In welchem Umfang werden funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen übernommen? Wichtig in der Hinsicht, dass die zugehörigen Behandlungen, wie Zahnersatz oder Kieferorthopädie, beim einzelnen Patienten richtig durchgeführt werden können.

26 Material- und Laborkosten In welchem Umfang werden Material- und Laborkosten erstattet? Vielfach sind sie deutlich höher als die zahnärztlichen Kosten. Je nach verwendetem Material können auch große Unterschiede entstehen.

27 Summenbegrenzung bei Unfall Versicherer müssen das Kollektiv vor Leistungsmissbrauch schützen. Versichern heißt einen Notfall abzusichern und keine im Voraus bereits bekannte oder anstehenden Behandlungen. Insofern werden in den Tarifen in den ersten Versicherungsjahren oft Leistungen summenmäßig beschränkt. Diese Beschränkungen entfallen bei Unfällen und der Verbraucher hat die volle tarifliche Leistung.

28 Leistungspunkte Die Gesamtbewertung ergibt sich aus den 24 ausgewählten existenziellen Leistungskriterien.

Finanzielles

29 Beitrag Der zu zahlende Beitrag für den gewählten Tarif ohne Berücksichtigung eines eventuellen Selbstbehaltes.

30 Selbstbehalt Beispiel 1: Absoluter Selbstbehalt von 1000 Euro bedeutet: Der Kunde zahlt bis 1000 Euro selbst, danach greifen die tariflichen Leistungen.

Beispiel 2: Prozentualer Selbstbehalt bedeutet: Kunde erhält aus einer Rechnung beispielsweise 90 Prozent erstattet und hat einen Eigenanteil von 10 Prozent.

Erstattung aus Beispiel 1: Rechnungsbetrag 2000 Euro minus 1000 Selbstbeteiligung = 1000 Euro Eigenanteil des Verbrauchers.

Erstattung aus Beispiel 2: Rechnungsbetrag 2000 Euro. Erstattung 90 Prozent = 1800 Euro; Eigenanteil des Verbrauchers 200 Euro.

Ausnahme ist die Continentale Versicherung. Hier beträgt der Selbstbehalt 10 oder 20 Euro je Behandlung, Rezept, Medikament oder ähnliches bis maximal 5000 Euro pro Jahr

31 Beitrag plus 1/12 Selbstbeteiligung

Zahlbeitrag plus Selbstbeteiligung geteilt durch zwölf gleich Vergleichsbeitrag. Begründung: Der Verbraucher muss ja den Selbstbehalt voll selbst erbringen, bevor der Tarif leistet. Insofern ist der

Selbstbehalt im Leistungsfall wie ein Beitrag zu verstehen.

32 Punkte 0 Punkte = höchste Prämie plus Selbstbeteiligung der Gesamttarifliste; 100 Punkte = Niedrigste Prämie plus Selbstbehalt der Gesamttarifliste; Punktzahlen 1 bis 99 wurden gemessen an der höchsten Prämie plus Selbstbeteiligung rechnerisch ermittelt.

Unternehmen

33 RfB-Quote (Durchschnitt der vergangenen fünf Jahre) Die Quote der freien Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen (RfB) ist eine wichtige Kennzahl in Versicherungsvergleichen. Die Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen werden erst in zukünftigen Perioden den Versicherungsnehmern gutgeschrieben. Die Quote gibt an, wie viel Prozent der Beitragseinnahmen für zusätzliche Beitragsentlastungen zur Verfügung stehen. Grundsätzlich gilt: je höher je besser.

34 Nettoverzinsung (Durchschnitt der vergangenen fünf Jahre) Das Kapitalanlageergebnis wird in Verhältnis zum mittleren Kapitalanlagenbestand gesetzt. Diese Kennzahl gibt an, welche Verzinsung ein Unternehmen aus den Kapitalanlagen erzielt. Die Nettoverzinsung berücksichtigt sämtliche Erträge und Aufwendungen aus beziehungsweise für Kapitalanlagen. Einbezogen sind damit auch die Gewinne und Verluste aus dem Abgang von Kapitalanlagen sowie die Abschreibungen auf Wertpapiere, Investmentanteile sowie Grundbesitz. Je höher die Nettoverzinsung, desto schwächer steigen die Prämien – oder können sogar sinken. Was passiert, wenn Versicherer den Zins nicht erwirtschaften können (so wie derzeit), weil die Zinsen politisch gewollt niedrig gehalten werden? Dann muss der Versicherer nachkalkulieren und vom Verbraucher mehr Beitrag verlangen. Dies kann er mildern, indem er aus dem RfB-Topf Gelder entnimmt.

35 Punkte RfB-Quote: 20% = 100 Punkte, die anderen Punktwerte wurden gemessen an diesen 20% rechnerisch ermittelt; Nettoverzinsung: 3,5% = 100 Punkte, die anderen Punktwerte wurden gemessen an diesen 3,5% rechnerisch ermittelt. Gewichtung: RfB-Quote einfach, Nettoverzinsung fünffach

Gesamtwertung

36 Punkte Gesamtpunktzahl = (Punkte „Tarifleistungen“ x 75) + (Punkte „Finanzielles“ x 20) + (Punkte „Unternehmen“ x 5)

37 Note Tabelle „ohne Selbstbeteiligung“:

>8000 Punkte: „sehr gut“; >7700 Punkte: „gut“; >7400 Punkte: „befriedigend“; >7100 Punkte: „ausreichend“; darunter: „mangelhaft“ andere Tabellen: >8300 Punkte: „sehr gut“; >8000 Punkte: „gut“; >7700 Punkte: „befriedigend“; >7400 P.: „ausreichend“; >7100 P.: „mangelhaft“; darunter: „ungenügend“.