



Sehr geehrte Leser der Finanz-News,

im letzten Jahr hatte ich bereits mehrfach einige Tests, Ratings und Rankings kommentiert und zum Teil in Frage gestellt. Warum?

In der Privaten Krankenversicherung gibt es keinen „besten“ oder „schlechtesten“ Tarif. Entscheidend ist auch hier die Frage- was brauche ich.

Um eine solche Frage aber zu beantworten, bzw. überhaupt beantworten zu können, ist es zwingend nötig zu wissen welche Möglichkeiten der Markt bietet.

Im Herbst 2009 hatte die Zeitschrift Focus Money einen mehrteiligen PKV Test veröffentlicht, welcher durch das Analysehaus Franke& Bornberg begleitet wurde. Schon zu dem Test habe ich eine sehr differenzierte Meinung und diese unter anderem in meinem mehrseitigen Kommentar ausgeführt. An einer direkten Diskussion ist man aber seitens der Redaktion nicht interessiert und auch nach Hinweisen auf fragwürdige Formulierungen wurde nicht einmal geantwortet. Mag sich jeder selbst ein Bild machen. Der Kommentar ist hier nachzulesen: http://www.online-pkv.de/files/presse_finanznews_04-2009_focusmoney.pdf

Schon damals hielt ich die Eingruppierung in die drei Arten von Schutz (von Basis über Komfort zu Top oder wie man diese auch immer bezeichnen mag) für fragwürdig, da sich solch eine Eingruppierung meiner Meinung nach nicht vornehmen lässt.

In dem aktuellen Focus Money (Ausgabe 11/ 2010) geht dieser Unsinn jedoch so weiter. Zunächst einmal ist es sehr löblich, dass man den unwissenden Kunden vor „versteckten Selbstbehalten“ und sonstigen Eigenbeteiligungen schützen will und diese in dem Rating nun in irgendeiner Form nun berücksichtigt.

Die nächsten Absätze des Textes (Seite 75 ff.) klingen jedoch eher wie ein Loblied auf das Analysehaus und das „neue PKV Rating“. So heißt es dort unter anderem: „Erstmals liegt damit ein Krankenversicherungsrating vor, das die Qualität von Krankenvollversicherungen ausschließlich anhand der Bedingungswerke beurteilt und zudem die Auswirkungen der Selbstbehalte auf die Erstattung berücksichtigt.“ Weiter erklärt man dem geneigten Leser dann noch, das nur solche Leistungen bewertet werden, auf die der Versicherte einen verbindlichen Anspruch hat.“

Ich erinnere mich gar nicht mehr wie lange ich das schon erzähle und meine Kunden wissen genau das. **Garantiert ist nur das, was in den Versicherungsbedingungen auch genannt ist** und nur das ist einklagbar. Kulanz oder freiwillige Zahlungen sind für den einzelnen und in dem Moment schön, schädigen aber das Kollektiv aller versicherten und sind eben „freiwillig“.

Wie das mit den freiwilligen Leistungen so passieren kann, können Sie auch in der 3-teiligen Serie in meinem Blog nachlesen <http://www.online-pkv.de/pkv-bu-blog/blog-tag/freiwillige-leistung/> und was Versicherer versprechen und nicht halten müssen oder wollen, hat ein großer Krankenversicherer mit seinem Schriftwechsel eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Auch dieses habe ich in den dazu passenden Blogbeiträgen beschrieben: <http://www.online-pkv.de/pkv-bu-blog/blog-tag/hilfsmittelgarantie/>

Aber nun zurück zu dem Artikel in dem Focus Money. Unter der Überschrift „Was bei der Bewertung zählt“ werden die Systematik und die Kriterien dargestellt. Wer es genauer wissen möchte, der schaue bitte direkt auf der Homepage von Franke & Bornberg nach.

http://frankeundbornberg.de/fb_home/sub_downloads/fb_ratings_kv-v_2010-02_m-edt.pdf

Es wird zunächst nochmals ausgeführt, dass nur das bewertet worden ist, was in den Versicherungsbedingungen enthalten ist und als Quelle somit nur diese und der Versicherungsschein berücksichtigt worden sind. Auch die Transparenz wurde „unter die Lupe“ genommen und so sollen die Formulierungen für den Laien verständlich und nachvollziehbar sein. Auch das begrüße ich sehr und wir sehen ja auch eine entsprechende Entwicklung in den letzten Jahren. Die bereits kommentierten Tarife einiger Gesellschaften (siehe [Downloads](#) auf der Homepage) bieten oft deutlich bessere und klarere Formulierungen und enthalten weniger unverständliche Formulierungen.

Dennoch ist es für viele, die sich mit dem Thema PKV beschäftigen, nicht nachvollziehbar was der Versicherer tatsächlich leistet oder eben nicht. Darum muss er auf eine Beratung vertrauen, liest Zeitschriften und Tests und versucht es soweit als möglich zu verstehen.

Gerade weil dem so ist **halte ich es für unverantwortlich so einen Test mit den später noch kommentierten Eingruppierungen und Tarifmöglichkeiten zu veröffentlichen**, denn viele Verbraucher werden Gefahr laufen einen solchen „Top Tarif“ zu kaufen ohne dieses weit genug zu hinterfragen. Spätestens bei den ersten größeren Leistungsfällen ist dann die Enttäuschung groß und meist dann nicht mehr zu korrigieren.

Die Beitragshöhe wird in diesem Rating nicht erfasst. „Die Preise für den jeweiligen Gesundheitsschutz werden im Rating von Franke & Bornberg dagegen bewusst nicht berücksichtigt. Einerseits kann der Verbraucher die Beiträge des Produktes auch ohne Expertenrat vergleichen (Anm: Ach kann er das bei zig verschiedenen SB Stufen und Kombinationen?), andererseits fehlt es bei der Beitragskalkulation an der nötigen Transparenz.“

Entscheidend und für mich unverständlich ist aber hier die Einordnung der Tarife in die Kategorien „Grundschutz“, „Standardschutz“ und „Topschutz“. Hier wird wieder einmal eine Eingruppierung vorgenommen, die **zu noch mehr Unsicherheit führen muss**. Dem Kunden der sich hier für den TopSchutz interessiert/ entscheidet wird suggeriert, er erhalte einen bestmöglichen (Top-)Schutz, einen der keine finanziellen Lücken enthält.

Im weiteren Verlauf dieses Kommentars beziehe ich mich **ausschließlich** auf die Topschutz Tarife und will Ihnen verdeutlichen das eben ein Toppschutz FFF Rating nicht gleich einem Topschutz FFF Rating ist. „Doch“ werden Sie sagen, die sind ja beide bestmöglich bewertet. Aber wie es tatsächlich aussieht, dazu später mehr.

Als **Kriterien für den Topschutz** (die Sie im Focus Money oder in dem, auf Seite 1 unten veröffentlichten Link, nachlesen können) gelten unter anderem:

die Standardschutz Kriterien

(also: Erstattung von Psychotherapie, Erstattung von Krankenfahrrädern, Zweibettzimmer im Krankenhaus, Zahnersatz zu mindestens 60%)

und dazu weiterhin

Leistungen für Heilpraktiker

Einbettzimmer

Erstattung Zahnersatz 80% mind.

und Leistungen für Implantate

Schauen wir nun in die Rating Systematik (Punkt III der oben angesprochenen pdf Datei) werden und für das Maximalrating FFF im Topschutz folgende Voraussetzungen genannt. (aus urheberrechtlichen Gründen schreibe ich diese auf, ein Screenshot oder eine Kopie ist nicht zulässig)

Für das FFF im **Topschutz muss der Tarif also:**

- weltweit gelten (wann, wie lang oder dergleichen ist sicher unwichtig)
- mind. 50 Sitzungen amb. Psychotherapie bezahlen
- Transportkosten vom und zum Heilbehandler bei Gehunfähigkeit leisten
- Künstliche Befruchtung einschließen
- Vorsorge über das gesetzliche Maß hinaus erstatten
- ohne Genehmigung auch über die Höchstsätze der GOÄ/ GOZ leisten
- mind. 42 Tage stat. Psychotherapie übernehmen
- die Ergotherapeuten und Logopäden nennen
- Krankentransporte ohne Summenbegrenzungen leisten

Quelle: Seite 13 der pdf „Bewertungsrichtlinien“ (Stand Februar 2010)

Es ist mir nicht nur unverständlich, sondern aus meiner Sicht auch nicht zu tolerieren die **Bereiche Hilfsmittel, Reha- und Anschlußheilbehandlungen, gemischte Anstalten, Wegzu ins Ausland oder dergleichen nicht oder derart unwichtig zu bewerten.**

Natürlich ist es so, dass die Wahrscheinlichkeit das der Kunde ein teures Hilfsmittel benötigt (Geräte zur künstlichen Ernährung, Prothesen, Heimdialysegeräte, Epithesen, sonstige lebenserhaltende Hilfsmittel und so weiter) geringer ist, als der Besuch eines Arztes und/ oder des Krankenhauses.

Wenn dieser Fall aber eintritt, dann sprechen wir von sehr hohen Beträgen die den Preis eines Mittelklassewagens durchaus deutlich überschreiten können. Daher ist es m. E. nicht zu tolerieren wenn solche Punkte nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Dieses führt unter Umständen dazu, dass der Kunde sich nach dem Lesen solcher „Tests“ auf einen Topschutz Tarif verlässt und sich damit im Leistungsfall finanziell ruiniert. Es ist durchaus möglich die Brille, einige Massagen, kleinere Hilfsmittel und dergleichen selbst zu zahlen. Bei alldem was das Maß des „allein finanziell machbaren“ übersteigt, muss der Versicherungsschutz leisten oder der Versicherte muss sich vorher und bewusst gegen eine solche Leistung entschieden haben. Das aber nicht nur aus Unwissenheit sondern bewusst und nach Kenntnis der finanziellen Folgen.

Bei den Tarifen in der Übersicht Topschutz tauchen dann Tarife auf, welche zum Teil erschreckende **Leistungslücken** aufweisen. So leistet einer der mit Topschutz FF bewerteten Tarife nur für einen Bruchteil der Hilfsmittel (übrigens auch für einen Bruchteil derer, die der Kunde in der GKV bekommen hätte), verzichtet auf klare Regelungen im Ausland und leistet bedingungsgemäß auch nicht zwingend für die Reha Maßnahme.

Ein anderer der „Topschutz FF“ Tarife wiederum verzichtet auf Leistungen zu den Transporten bei ambulanten Heilbehandlern, auch bei Gehunfähigkeit (Aussage in den Bedingungen lediglich: 1. Ärztliche Leistungen: Wegegelder, wenn am Wohnsitz des Versicherten kein Arzt zur Verfügung steht. Die Wegegelder werden nach der Entfernung bis zum nächsterreichbaren Arzt erstattet.). Hatten wir dieses nicht vorhin als **Kriterium für den Topschutz genannt** bekommen?

Ein anderer Topschutz Tarif enthält tariflich **keine Regelungen zur Leistungspflicht bei Ergotherapie** und nennt auch dort keinen Ergotherapeuten in den Bedingungen. (Aussage dort: *Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Logopädie, Massagen sowie medizinische Bäder jeder Art.*) Ergotherapie sehe ich da nicht. Auch dieses war doch eines der Kriterien damit ein Tarif in den Topschutz gehört- oder?

Spannender wird es noch, schaut man sich die Tarife mit dem Topschutz und dem darin enthaltenen maximalen Rating FFF an.

Von diesen Tarifen tauchen in der Tabelle vier auf. Diese miteinander in „eine Gruppe“ zu werfen ist schon fast sträflich. Die Unterschiede in den Tarifen sind zum Teil gravierend. Allein in den Fragen zur

- Leistungspflicht in gemischten Anstalten
- Leistungen bei Reha- und/ oder Anschlußheilbehandlung
- Wechseloptionen
- Hilfsmitteln

sind diese Tarife nicht miteinander vergleichbar und gehören somit schon gar nicht alle in die gleiche Gruppe.

Es ist erstaunlich wie man hier Kriterien ausgewählt und festgelegt hat, wie es zu den Auswahlen der einzelnen Gewichtungen kommt und welche Bereiche hier bewusst oder unbewusst vernachlässigt oder vergessen wurden.

Zusammenfassung:

Die Auswahl eines Krankenversicherungstarifes nach diesen Testergebnissen birgt meines Erachtens bereits bei der Auswahl eines Top Tarifes derartige Risiken, Leistungslücken und Gefahren und kann selbst bei diesem zu einem finanziellen Desaster im Leistungsfall führen.

Der Test und die Tarifempfehlungen sind **daher nicht nur ungeeignet sondern leiten den Interessenten in eine falsche Richtung, da dieser sich auf Aussagen wie „Topschutz“ verlässt** und dem Suchenden ein Leistungsbild suggeriert wird, was so in den Tarifen teilweise nicht vorhanden ist. Es ist erschreckend und für mich zu gleich beunruhigend wie solche Tests eher zur Verunsicherung beitragen.

Dieses hatte ich bereits in meinem Blogbeitrag „Warum solche Tests mehr schaden als nützen“ im September 2009 dargelegt, welchen Sie hier gern erneut abrufen können.

<http://www.online-pkv.de/pkv-bu-blog/pkv-test-in-focus-money-oder-warum-solche-tests-mehr-schaden-als-helfen/>

Alles in Allem ist bei der Auswahl der Tarife zur Privaten Krankenversicherung das Bedingungsmerk, die Entwicklung und das Unternehmen zu berücksichtigen. Somit ist eine Tarifaussage oder gar Empfehlung sehr individuell und auf den eigenen Bedarf und die eigenen Anforderungen abzustimmen.

Eine solche Tarifempfehlung ist daher erst nach Ermittlung des Bedarfes und Klärung aller persönlichen Umstände möglich. Hilfestellungen und weitere Informationen erhalten Sie bei einem qualifizierten Berater und auf meiner Homepage unter <http://www.online-pkv.de>

Dieser Kommentar bewertet und beurteilt daher bewusst keinen der Tarife konkret, da es keinen Sinn macht einen Tarif als gut oder schlecht hinzustellen, sondern es zu klären gilt ob dieser auf mich, Sie oder jeden anderen Kunden in der Situation passt und eventuelle Veränderungen mit abdecken kann.

Presseinformation:

Sven Hennig ist Geschäftsführer der S.H.C. GmbH, einem Spezialmakler für die Private Krankenversicherung und die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit. Die S.H.C. GmbH hat sich auf die bundesweite Beratung mittels Telefon, Online-Beratung und E-Mail spezialisiert und sichert damit eine bundesweite Verfügbarkeit auf hohem Qualitätsniveau. Mit etwa 500 Kunden ist Sven Hennig einer wenigen Spezialmakler für die PKV und BU Absicherung. Kontaktieren können Sie Herrn Hennig unter Tel. 03838 / 30 75 33 oder im Internet: <http://www.online-pkv.de>