



Sehr geehrte Leser der Finanz-News,

bereits zu Beginn diesen Jahres erschien im Focus Money ein Artikel zum Thema Private Krankenversicherung. Hierbei wurden in mehrteiligen Tests die „besten Krankenversicherungen“ gekürt und dem vermeintlichen Kunden vorgeschlagen. Bereits in der Ausgabe 1/2010 dieser Finanz-News, hatte ich dargelegt und erklärt, warum solche Tests ungeeignet sind.

Leider scheinen die Damen und Herren von der schreibenden Zunft eher ein (legitimes) Interesse an dem reißerischen Aufmacher zu haben, als dem Interessenten sachliche und fundierte Empfehlungen und Tipps an die Hand zu geben. Klar, verkauft sich natürlich deutlich schlechter.

In der Ausgabe Nr. 26 (Erscheinungsdatum 26. 06. 2010) der renomierten Zeitschrift „Wirtschaftswoche“ findet sich auch so ein Test. Im Inhaltsverzeichnis lesen wir dann:

„Private Krankenversicherung: Mit der richtigen Police lässt sich viel Geld sparen.“ und weiter den Hinweis auf eine Analyse und die Grundlagen der Tarifauswahl.

Zugegeben etwas voreingenommen, da mir leider noch kein ordentlicher solcher Tests unter gekommen ist, begann ich zu lesen und die Augen wurden zum Teil immer größer. Zunächst, klar- man braucht ja einen Aufmacher der Mitleid erweckt, wird die Geschichte des 70-jährigen Hr. Kuntz erzählt, welcher bei der DKV krankenversichert ist. Seit Januar muss der Versicherte nun 677 EUR monatlich an die Versicherung überweisen, 2001 waren es nur 471 EUR.

Was sagt und das? NICHTS, denn es wird kein Wort über Leistungen, Versicherungsumfang und sonstige Details verloren. Anscheinend sind solche Sachen nicht so wichtig. Nur zur Klarstellung seien einmal die Zahlen für die GKV angeführt (auch hier: Aussagen zur Vergleichbarkeit der Preise sind nicht möglich, den Tarif der PKV und den Leistungsumfang nennt man ja nicht).

In der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) betrug der Höchstbeitrag (Beitragsatz 13,5%) im Jahre 2001 ohne Pflegepflichtversicherung 880,88 DM, also 450 EUR. Dazu kommen/ kamen die Beiträge für die Pflegepflichtversicherung (1,7%). Dieses sind also nochmals 56,71 EUR (damals 110,93 DM). Damit hat der damals 61-jährige Versicherte noch knapp 35 EUR weniger Beitrag monatlich an seine PKV überwiesen, wie er hätte in der GKV zahlen müssen.

Weiterhin gebe ich zu bedenken, die Jahre davor (unterstellen wir mal den Eintritt in die Private Krankenversicherung mit 30 Jahren) waren demzufolge auch von Beitragsersparnis geprägt und es ist nicht klar wie hoch diese ist. Auch ist leider nicht nachprüfbar welche Tarife versichert sind.

Hieran möchte ich nur zeigen, dass die PKV kein Sparschwein ist. Wer glaubt in der Privaten Krankenversicherung bei deutlich besseren Leistungen auch noch horrende Summen an Beitrag sparen zu können, der hat die Art und Weise des Systems nicht richtig verstanden. Ein System welches mehr/ andere Leistungen erbringt kann auf Dauer unmöglich Beitragsersparnis in Form großer Geldbeträge realisieren. Für weitere Systemunterschiede und Grundlagen empfehle ich einen Blick in den [Leitfaden zur Privaten Krankenversicherung](#). Dieser ist im Downloadbereich oder direkt unter dem folgenden Link kostenfrei zu laden. (http://www.online-pkv.de/files/leitfaden_pkv.pdf)

Neben den weiteren Erklärungen zu den Systemen, der Unterschiede und weiteren geplanten politischen Maßnahmen geht es nun zum spannenden Teil des Artikels- den Tabellen und Tests.

Auf der ersten Seite des Tarifchecks erfahren wir die Kriterien für den Test. Der Tarif/ die Tarife müssen also mindestens die folgenden Leistungen erfüllen:

- 1.) Ein- bis Zweibettzimmer
- 2.) Selbstbehalt von maximal 5.000 EUR p.a.
- 3.) 50% Erstattung für Maßnahmen bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Weiterhin werden für die Tarifkriterien Punkte vergeben. So erhält ein Tarif (Mehr-)Punkte bei der Erstattung von Psychotherapie, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Kuren fließen ebenfalls in den „Test“ mit ein.

Der nächste Punkt sind die Prämien. Angegeben werden hier die Beiträge die der Arbeitnehmer zu zahlen hat, schreibt der Autor uns. Nicht berücksichtigt sind die Beträge für die Pflegepflichtversicherung und das Krankentagegeld. Dann wird der Selbstbehalt berücksichtigt und es werden Sterne vergeben, je mehr desto besser. Der Selbstbehalt wird durch 12 Monate geteilt und zu dem Zahlbeitrag addiert. So lassen sich die Tarife mit unterschiedlichen SB Stufen vergleichbar machen. Nur so ist überhaupt ein Vergleich möglich.

Jetzt wird es spannend. Nun werden in einer kleinen Tabelle die „BESTEN TARIFE“ für Männer und Frauen präsentiert. Ich glaube das es maximal einige Wochen dauert, dann werben diese Versicherer hier mit „Testsieger“, „Bester Tarif für Männer“, „Bester Schutz für Frauen“ oder was auch immer.

Beginnen wir, wie die Tabelle, bei den Tarifen der Frauen. Danach sollen wir nun wissen, der Tarif A75, ZS75 und S101 der Süddeutschen bieten den besten Schutz. Danach folgt der ASZG der Hanse Merkur, der KKE der Hanse Merkur und der Primo der Halleschen.

Da werden Tarife verglichen, die so unterschiedlich sind und so unterschiedliche Leistungen enthalten, dass diese gar nicht zu vergleichen sind. Der „Testsieger“ bei den Frauen hat zudem eine sehr „spannende Leistung“ bei dem (zum Teil sehr teuren) Bereich Hilfsmittel. Dazu schreiben die Versicherungsbedingungen folgendes:

5. zu § 4 (3) MB/KK 2009 Hilfsmittel

- a) Als kleine Hilfsmittel gelten Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe.
- b) Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrstühle, Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z.B. Atem/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).
- c) Leistungen für die unter den Absätzen a) und b) genannten Hilfsmittel werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt.
- d) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel (z.B. Perücken, Haarteile), für Kontroll- und Behandlungsgeräte (z.B. Inhaliergeräte, Blutdruckmessgeräte), für sanitäre Bedarfsartikel (z.B. Massagegeräte, Heizkissen), für den Betrieb von Hör- und Sprechgeräten (z.B. Ersatzbatterien, Ladegeräte) sowie Aufwendungen zur Reinigung von Kontaktlinsen.

Quelle: Auszug aus der PremiumSoftware/ den Versicherungsbedingungen

Erstattet werden hier 75% des Rechnungsbetrages. Wussten Sie das? Da stellt sich mir ernsthaft die Frage wie solche Tests entstehen. Wer hat welches Interesse? Warum steht welcher Test wie weit oben?

Spannend ist auch der Tarif AV1 der Halleschen, welcher an siebenter Stelle angeführt wird. Angegeben ist hier eine Selbstbeteiligung von 1.100 EUR. Komisch ist schon, dass die 650 EUR weitere Selbstbeteiligung für Arzneimittel wohl vergessen wurden. Oder lesen Sie die Aussagen in den Tarifbedingungen anders als ich?

„100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel nach Abzug eines jährlichen Selbstbehaltes in Höhe von 650 €“

Aber das kann man sicher mal vergessen. Ebenso die Hinweise wann dann die Selbstbeteiligung gilt. Bei der Süddeutschen eben ambulant, bei der Halleschen auch, bei der Axa im Vital schon ambulant und stationär und der Halleschen im NK Tarif (Position 10) gar über alle Bereiche. Klar, diese Informationen sind auch gar nicht so wichtig, Hauptsache die Sterne stimmen.

Kommen wir nun zu den „BESTEN TARIFEN“ für Männer. Auch dort werden wieder einmal Tarife mit Haus- oder Primärarztprinzip und Tarife eben ohne solche Einschränkung in einen Topf geworfen. Weiterhin bekommen zwei Tarife die gleiche Anzahl von Sternen. Der eine dieser beiden Tarife ist der Comfort+ Tarif des Deutschen Rings, der zweite hier der Select 0 der HUK Coburg Krankenversicherung.

Allein in den wenigen Punkten der Auslandsgeltung, der gemischten Anstalten, der Heil- und Hilfsmittel oder der Psychotherapie liegen diese beiden Tarife (rein bedingungsgemäß) um Welten auseinander. Wie und warum diese nun in die gleiche Gruppe kommen, wer weiss.

Aber das soll es ja noch nicht gewesen sein. Auf den beiden kompletten Folgeseiten (Seite 80 und 81 im Heft) werden dem interessierten Leser die Tarife nach Alter unterschieden geliefert. Es sind hier auch nicht mehr die „BESTEN“ sondern die „Wo Frauen/ Männer am meisten für ihr Geld bekommen“

Vergleichen und dargestellt werden jeweils die Altersstufen 30 und 50 bei den beiden Geschlechtern. Bei den Frauen ist nun der „BESTE TARIF“ der Süddeutschen auf den Platz Nr. 3 verbannt. Nach vorn gesetzt haben sich der PRIMO der Halleschen und der EL der AXA, beides Tarife mit einer großen Einschränkung. Die Behandlung muss, falls es 100% geben soll, zuerst beim Haus-/ Primärarzt beginnen. Das mag für den einen oder anderen simpel klingen, ist es aber nicht in jedem Fall. So berücksichtigen Sie bitte genau welche Modalitäten gelten. Was passiert bei Nichtbeachtung, wie lange gelten die Sanktionen und kann man einen solchen „Fehler“ wieder heilen und wie?

Eine weitere Spalte ist hinzu gekommen. Die „Beitragsstabilität über 10 Jahre“. Diese reicht bei den ersten drei Kandidaten von 5,9% p.a. über 4,6 bis hin zu 2,0%. Welche Beiträge (Neu- oder Bestandskunden) und was genau hier berechnet wurde ist nicht dargestellt. Klingt aber gut.

Bei den Männern auf der Folgeseite ist es eine ähnliche Entwicklung. Der noch „beste Tarif“ von der Vorseite ist nun leider auf den 3. Rang gerutscht. Klar, die beiden Tarife mit einem Hausarzt-/ Primärarztmodell (Hallesche Primo) und zum Beispiel einer Maximalleistung bei einer Oberschenkelprothese von 5.000 EUR (und einer 75% Erstattung) und deutlich schlechteren, weiteren Leistungen bieten sicherlich „am meisten für ihr Geld“.

Schaut man sich mal bei google oder der Uni-Heidelberg um, kann man lesen: „Eine Prothese mit C-Leg® kostet etwas EUR 20.000,-.“ Für mein Verständnis sind dann die 5.000 EUR/ 75% nicht ganz so „am meisten für ihr Geld“.

Und diese wenigen Beispiele zeigen die Unsinnigkeit solcher Tests und Tabellen. Übertragen auf das tägliche Leben und den Autokauf bedeutet dieses nämlich auch: Ein Smart ist sicher ein kleines, nettes und sparsames Auto und damit vielleicht das BESTE... (für den alleinlebenden Single in der Großstadt). Der Familienvater wird an so einem Auto mit seinen beiden Kindern sicher nur begrenzt Freude haben. Nicht weil das Auto schlecht ist, nein, **weil es nicht auf seinen Bedarf passt.**

Zusammenfassung:

Die Auswahl eines Krankenversicherungstarifes nach Tests, Tabellen und vermeintlichen „besten Empfehlungen“ birgt große Gefahren und kann selbst bei angeblichen „Testsiegern“ 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 „bester Tarif“ „Testsieger“ oder dergleichen verlässt** und dem Suchenden ein Leistungsbild suggeriert wird, was so in den Tarifen teilweise nicht vorhanden ist.

Noch schlimmer wird es dann, wenn die Gesellschaften mit bunten Prospekten, Bildern und tollen Siegeln und Test- Medaillen in die Werbung gehen und sich besser darstellen als die Tarife sind.

Einen besten oder „den besten“ Tarif gab es nie, gibt es nie und wird es nie geben. Jeder Tarif und jeder Versicherungsschutz muss auf den Bedarf passen. Hat ein Kunde ein hohes finanzielles Polster, so sind auch Leistungslücken und nicht versicherte Bausteine und Teilbereiche sicher eher zu verkraften als bei Kunden die weniger gut aufgestellt sind.

Zahlt der Gutverdiener im schlimmsten Fall die fehlenden 15.000 EUR aus dem eigenen Vermögen, so verhindert das Fehlen dieses Betrages unter Umständen bei anderen eine optimale Versorgung und somit Heilung.

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.

Aus Gründen des Copyrights kann ich den Artikel selbst hier leider weder vollständig noch auszugsweise zur Verfügung stellen. Bei Bedarf wenden Sie sich bitte an den Verlag.

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>