

Newsletter zum aktuellen Test in der Zeitschrift FocusMoney

Sehr geehrter Leser,

in nun schon bewährter Weise möchte ich Ihnen, als Spezialmakler für die Private Krankenversicherung, einen weiteren Krankenversicherungstest kommentieren um Ihre Sichtweise zu schärfen und Ihnen die Auswahl einer für Sie geeigneten Gesundheitsvorsorge zu erleichtern.

In der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift „Focus Money“ (Ausgabe 17/2007) befindet sich neben dem Test der Wahltarife zur Gesetzlichen Krankenversicherung, welchen ich in den nächsten Tagen kommentieren werde, ein Booklet mit dem Titel „Krankenversicherung- 19 leistungsstarke Tarife“.

Erfreulich ist durchaus, dass sich die Tester und das Analysehaus Morgen & Morgen diesmal mehr Mühe geben wollten, als es in den letzten Tests der Fall war. Ist dem auch so?

Persönlich sehr gut gefallen haben mir die mehrfach enthaltenen Hinweise, dass die Auswahl einer Privaten Krankenversicherung immer eines geeigneten Beraters bedarf, da das Thema selbst zu komplex ist, um es allein und als Laie kompetent zu entscheiden. Auch ist es so, dass der Großteil der Interessenten gar nicht weiß, was es auf dem Markt der Privaten Krankenversicherungen alles an Möglichkeiten und eben auch Einschränkungen gibt und somit gar nicht entscheiden kann, was er gern hätte.

Kommen wir nun jedoch zu den Auswahlkriterien, welche für das Ergebnis der „19 leistungsstarken Tarife“ zu Grunde gelegt wurden.

Das Anforderungsprofil wurde berechtigter Weise in Arbeitnehmer und Selbstständige getrennt, was den unterschiedlichen Ansprüchen beider Gruppen Rechnung tragen soll. Der Selbstständige bekommt keinen Zuschuss von (s)einem Arbeitgeber und sollte daher eher Tarife mit Selbstbeteiligungen wählen. Auch die Krankengeldansprüche sind anders, da eben der Arbeitgeber auch in diesem Falle fehlt.

Nun schreiben uns die Tester, sie legen Wert auf „leistungsstarke Tarife“, die wie folgt definiert sind:

(Anmerkung: Hervorhebungen in den Zitaten sind durch mich gewählt, nicht durch die Herausgeber)

*„So erwarten er (der Musterkunde) etwa, dass bei ambulanten Behandlungen auch Kosten, die über den **Regelhöchstsätzen** (2,3) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen, übernommen werden.“*

Erstaunlich ist jedoch, dass hier anscheinend kein Wert darauf gelegt wird, ob die Kunden vielleicht Spezialisten aufsuchen wollen, die eben auch mit einer gültigen Honorarvereinbarung gem. GOÄ über die Höchstsätze von 3,5 berechnen wollen und werden. Für mein Verständnis von „leistungsstark“ gehört eine solche Leistung als Testkriterium in eine solche Auswahl. Die Tarife die sich an den Regelhöchstsätzen orientieren, sind eher Mittelmaß, aber nicht leistungsstark.

Als weiteres Kriterium wird hier der Punkt Vorsorgeuntersuchungen angeführt:

*„Zudem muss die Versicherung für Vorsorgeuntersuchungen aufkommen, die **über das Leistungsspektrum der GKV hinausgehen und die Direktkonsultation von Fachärzten zulassen.**“*

Die Vorsorgeuntersuchungen als ein Entscheidungskriterium für die Auswahl der Privaten Krankenversicherung zu nehmen, wäre so, als würde ich mir ein Auto kaufen und mache die Entscheidung daran fest, ob es ein CD Radio oder eben nur ein normales Radio wäre. Es ist irrig zu glauben, dass dieses ein elementares Kriterium ist, denn diese Kosten sind überschaubar und beeinflussbar, zumal bei krankhaftem Verdacht oder Schmerzen Behandlungen nach medizinischer Notwendigkeit erforderlich sind, ggf. auch um einen Verdacht auszuräumen.

Beeindruckend ist auch die Kriterienauswahl zum Thema Zahnersatz und für den stationären Bereich:

„So hat der Arbeitnehmer bei Zahnbehandlungen Anspruch auf eine Kostenerstattung von 90%, bei Zahnersatz 75 Prozent. Um Krankenhaus kommt er im 1-Bett Zimmer unter.“

Aha, der gut verdienende Angestellte will also in jedem Fall in ein Einbettzimmer und muss mindestens 90% der Zahnbehandlungskosten erstattet bekommen. Es ist aber zum Beispiel nicht nötig, dass Tarife weltweit gelten, das Hilfsmittel als elementare Kostenfaktoren geleistet werden oder dass im Bereich der Psychotherapie ausreichende Leistungen erbracht werden? Auch ist es unwichtig ob in so genannten gemischten Anstalten geleistet wird oder der Kunde Anzeigepflichten zu erfüllen hat, die er vielleicht im Notfall gar nicht erfüllen kann oder einfach nicht dran denkt?

„Der Selbstständige (...) Bei Zahnbehandlungen bekommt er mindestens 80% der Arztrechnung erstattet, 60% bei Zahnersatz, in der Klinik hat er Anspruch auf ein Zweibettzimmer. Allerdings fließt sein Krankengeld schon ab dem 22. und nicht wie beim Angestellten ab dem 43. Tag.“

Wenn ich mich in meinem Mandantenkreis so umschaue, kenne ich einen Großteil Selbstständiger, die eben gerade Wert auf optimale Versorgung legen, da diese schnellstmöglich wieder fit sein wollen- und müssen.

So ist es vielmehr gerade in dieser Zielgruppe so, dass das Einbettzimmer ein elementares Kriterium ist, denn bei Besserung der Erkrankung will meist der Selbstständige auch im Krankenhaus in Ruhe mit seinem Unternehmen telefonieren, Entscheidungen treffen oder eben Anweisungen geben. Natürlich sollte man dieses bei der Auswahl bedenken und wenn schon Tarife mit Zweibettzimmer vorhanden sind wenigstens ein Krankenhaustagegeld als „Upgrade“ anbieten!

Laut Hinweis der Tester sollte insbesondere auch auf versteckte Selbstbeteiligungen geachtet werden.

„Gemeint sind Kosten, die der Patient im Falle einer Krankheit zusätzlich zum Gesamtbetrag zur jeweiligen Selbstbeteiligung zahlen muss. Beispiele: Leistungen für Sehhilfen sind auf 300 EUR pro Jahr begrenzt, Kostenerstattung für Hörgeräte erfolgt nur in Höhe von max. 750 EUR pro Jahr.“

Auch hier zeigt sich wieder die Qualität der Testkriterien. Auf Sehhilfen wird geachtet, als ob sich der, der leistungsstarke Tarife wählt, dieses nicht notfalls selber leisten könnte. Elementare Kriterien, wie der Hilfsmittelkatalog, werden nicht einmal erwähnt. So werden hier Tarife als „leistungsstarke“ Tarife angepriesen, welche in Teilbereichen wie Hilfsmittel und auch Psychotherapie durchaus schlechter sein können, als die gesetzliche Krankenkasse.

Kommen wir nun zu den Testsiegern:

Bei den Tarifen für angestellte Männer „gewinnt“ der Tarif der AXA in der Kombination VITAL 250, VITAL-Z, PVN, TV42, KHT2 den ersten Platz. Kein Wort wird aber darüber verloren das der Zahnbereich eingeschränkt ist auf vertraglich vereinbarte Höchstsätze, die wie folgt in den Bedingungen definiert sind:

Nr. 10b Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

(1) Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste des versicherten Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

Auch der „zweite Platz“ mit der Barmenia ist, legt man die hier gewählten Kriterien zugrunde, nicht erklärbar. Warum taucht überhaupt ein Tarif hier auf, welcher im Zahnbereich nur für die ersten 5.200 EUR Zahnersatzkosten 75%, danach nur 50% leistet? Aus 5.200 EUR heute werden, auch bei nur 2% Inflationsrate, in 20 Jahren schnell 3.500 EUR bzw. nach weiteren 10 Jahren nur noch knapp 2.900 EUR Kaufkraft. Gerade dann wenn Leistungen für Zahnersatz wahrscheinlicher werden, soll der Versicherte auf Leistungen verzichten.

Bei dem „Dritten“, der Tarifserie A103, S101, Z75 der R+V Krankenversicherung wurde auch keinerlei Rücksicht auf elementare Einschränkungen genommen, wie die Nichtnennung und somit Nichterstattung von lebenserhaltenden Hilfsmitteln, Atemmonitoren, Heimdialysegeräten, künstlicher Ernährung, dem Blindenhund, oder Prothesen. Hier erstattet der Versicherer eben Kunstglieder, welche bekanntlich sehr eingeschränkt sind und gerade Gesichtsprothesen und Brustprothesen bei Frauen, auch nach Krebs, ausschließt.

Ich sehe hier elementare Leistungseinschränkungen, welche den Patienten schlechter stellen, als bei der Versorgung in der GKV, dieses wird aber als „leistungsstarker Tarif“ angeboten.

Ähnlich sind die Auswahltarife bei den „selbstständigen Männern“. Wenn doch die Vorsorgeuntersuchungen so elementar wichtig bewertet werden, warum erscheint dann ein Tarif wie der A112 der Alten Oldenburger auf Platz 1, wenn er die Vorsorgeuntersuchungen wie folgt regelt:

Vorsorgeuntersuchungen

bis zu 160,- EUR je Vorsorgeuntersuchung, darüberhinaus zu einem Drittel des tariflichen Erstattungsprozentsatzes. Hierzu zählen sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

Ein Hinweis auf diese Einschränkung findet sich weder im Test, noch in den ergänzenden Fußnoten. Auch bei den Zahnleistungen fehlt der Hinweis eines immer vorzulegenden Heil- und Kostenplanes, da sonst die Leistungen auf den halben, versicherten Satz sinken.

Noch im Vorwort wird auf versteckte Selbstbeteiligungen in den Tarifen hingewiesen, dann aber Tarife empfohlen, die eben solche Einschränkungen aufweisen. Das sind nicht nur die Einschränkungen bei Zahn (AXA, Barmenia), sondern eben auch Einschränkungen bei der Psychotherapie, bei Heilmittelanwendungen und besonders bei den Hilfsmitteln.

Alles in Allem kann der Test in keiner Weise überzeugen. Die Auswahlkriterien die hier zu Grunde liegen, wurden vermutlich bewusst so gewählt. „Warum?“ mag sich der Leser selbst erklären.

Warum wird wohl auf solche elementaren Auswahlkriterien (<http://online-pkv.de/themen/pkv/kriterien/index.html>) wie Geltungsbereiche, Heil- und Hilfsmittelregelungen, gezieltes Aufsuchen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland, Einschränkungen bei der psychotherapeutischen Behandlung und vieles mehr nicht hingewiesen?

Wäre ein Testergebnis mit noch 3-4 Tarifen und Versicherern nicht ausreichend verwertbar?

Es bestärkt mich nach wie vor in der Aussage, dass die Auswahl der Privaten Krankenversicherung ein elementar wichtiges Kriterium ist und die Beratung und zur Verfügung stehenden Tests mehr und mehr mangelhaft. Es ist erschreckend in welcher Ruhe sich Versicherte wiegen, weil Ihnen die gravierenden Einschränkungen in den Tarifen nicht bewusst sind, Sie diese gar nicht kennen können, weil selbst Tests von „leistungsstarken“ Tarifen sprechen und der Laie sich darauf verlässt/ verlassen muss.

Daher der eindringliche Tipp, sich bei der Auswahl von einem geeigneten und spezialisierten Berater helfen zu lassen und gemeinsam den individuell-geeigneten Tarif zu finden.

Nutzen Sie auch unseren Leitfaden unter <http://online-pkv.de/downloads/leitfaden.pdf> um sich über Grundlagen und Systemunterschiede zu informieren.

Ich freue mich über ein Feedback unter <http://www.online-pkv.de/00000096bd0da6f02/index.php>

Eine gesunde Zeit wünscht Ihnen,

Sven Hennig