



„Wir machen das mit den Würfeln“- wie Finanztest leider gar nichts aus dem letzten Test und der Kritik gelernt hat und den Verbraucher mit wieder neuem Unsinn verunsichert

Bis heute dachte ich jeder Mensch wäre lern- und kritikfähig und würde sich zumindest an das halten, was er selbst versprochen hat. Das scheint zumindest bei den Damen und Herren von Finanztest nicht so zu sein und so verunsichert man lieber weiter Verbraucher und verkauft **dilettantische Tests** für drei Euro und ebenso schlimme **Analysen für 29 Euro**. Wer dazu die „geschichtlichen“ Hintergründe verpasst hat, dem sei nur soviel gesagt: Im letzten Jahr veröffentlichte die Zeitschrift Finanztest, welche leider immer noch aus Steuermitteln (mit-)finanziert wird, einen ¹[Test zur Berufsunfähigkeitsversicherung](#) und löste damit massenweise Kritik in den Medien aus. Begonnen bei meinem geschätzten Kollegen Helberg, der auch den Slogan „**Avanti Dilettanti**“ prägte, setzte sich die Kritik nicht nur im Markt, sondern auch in die Medien fort. In offenen Briefen und ²[Gesprächsangeboten](#) und in einer Facebook Gruppe gelobte der Chefredakteur Herr Tenhagen Besserung. So hieß es nicht nur „man werde sich Rat holen“, sondern auch die „Testmethoden überdenken“.

Runter vom hohen Ross? Aber „wir doch nicht“, glaubt Finanztest anscheinend

All das scheint, nur wenige Monate nach dem Versprechen, nun wieder vergessen und/ oder der Druck sein eigenes Blatt verkaufen zu müssen ist höher denn je. Nur so ist es zu erklären, was Finanztest in der Mai Ausgabe an Halbwissen, Falschaussagen und Unsinn verbreiten wird. Auf der Pressekonferenz am heutigen Dienstag (15.4.2014) stellte Finanztest seinen „**Test zur Privaten Krankenversicherung 2014**“ vor und ich hatte bereits gestern, nach der Ankündigung, den Jahresvorrat an Baldrian herbei geseht, wie in meinem Facebook Beitrag und auf dem Bild schon augenzwinkernd zu erkennen ist.



Falsche Aussagen, falsche Annahmen, falscher Test

Kurz nach der Pressekonferenz lag mir (Danke an die Quelle) der komplette Test nebst allen Erläuterungen vor, leider kann ich diesen aus urheberrechtlichen Gründen weder verlinken, noch hier zur Verfügung stellen. Eines ist aber sicher: Die ³[drei Euro welche der Test online kostet](#), sind in einem Kaffee oder Baldriantropfen deutlich besser angelegt. Um Ihnen jedoch zu zeigen wo genau die Falschaussagen und Fehler liegen, sezieren ich den Test mal etwas und will damit keinesfalls einfach meckern, sondern vielmehr zeigen wo die handwerklichen Fehler liegen. Dazu stelle ich einige Aussagen aus dem Test vor und füge passende Erläuterungen und Erklärungen an. Wer den Test dennoch gekauft hat, kann diese gern selbst gegenüberstellen und hinterfragen. (*Zitate immer kursiv dargestellt*)

„Leicht ist die Entscheidung nur für Beamte. Sie können sich problemlos privat krankenversichern. Alle anderen müssen sich das gut überlegen.“

¹ Link: <http://wp.me/ppJ9x-Zq>

² Link: <http://wp.me/ppJ9x-ZH>

³ Link: <http://www.test.de/Private-Krankenversicherung-im-Test-5-von-107-Tarifen-sind-sehr-gut-4692658-0/>

Richtig ist zumindest, dass die Beamten durch die ⁴[Beihilfe](#) eine so genannte Restkostenversicherung haben und daher, anders als andere Personengruppen, nur einen Teil der Arztkosten versichern müssen.

Dieses führt bei Finanztest zu der irrigen Annahme, dass pauschal jeder Beamte in die private Krankenversicherung (PKV) gehört und es gar keine Option ist in der gesetzlichen Kasse (GKV) zu bleiben. Dem ist aber nicht so.

Gerade Beamte in niedrigeren Besoldungsstufen, Referendare, aber auch Menschen die nicht dauerhaft im Beamtenverhältnis bleiben wollen, auch diese sollten sehr genau überlegen ob die PKV das richtige System für sie ist. Pauschale Aussagen wie „Du sollst in die PKV, Du vielleicht und Du nicht“ bringen nicht nur Verwirrung, sondern verunsichern Kunden und Interessenten, denn helfen tun Sie garantiert nicht.

Als Beispiel für Ihren „Test“ führt Finanztest einen 37jährigen Kunden an, welcher gerade erst und gerade so über der **Versicherungspflichtgrenze von 53.550 Euro (2014) brutto** im Jahr und kann theoretisch in die PKV. Gerade wer so knapp über der Grenze liegt, der rutscht bei der kleinsten Änderung schnell wieder in die GKV zurück und sollte sich einen solchen Schritt sehr genau überlegen. Ein „Hin- und Her“ bringt gar nichts und eine langfristige Entscheidung ist das A und O.

„Der Schritt in die private Krankenversicherung ist jedoch nicht für jeden sinnvoll. „99 Prozent meiner Kunden entscheiden sich nach einer ausführlichen Beratung, in der gesetzlichen Krankenkasse zu bleiben, sagt Rüdiger Falken, Versicherungsberater aus Hamburg“

Nun kennen wir alle das Kundenklientel des Hr. Falken nicht und es geht auch hier keineswegs um Prozentangaben und die Frage wie viele Kunden für die PKV geeignet sind. Welchen Kunden Herr Falken von der PKV abrät und wie die Beratung gegen Honorar aussieht, das kann und will ich nicht beurteilen. Bei mir hält es sich eher die Waage. Es gibt eine ganze Reihe von Interessenten, welchen ein seriöser Makler, Berater oder Vertreter von dem Schritt abraten sollte, das hatte ich bereits ausführlich in meinem Artikel ⁵[„Eine Private Krankenversicherung muss man sich leisten können und wollen“](#) beschrieben. Anscheinend ist das „PKV Klientel“ nicht bei Herrn Falken, denn wie erklärt er sonst dem gut verdienenden Angestellten mit privater, betrieblicher Vorsorge, ggf. sogar weiterem Vermögen und hohem Leistungsanspruch das die PKV schlecht für ihn ist? Aber sicher landen nur die Kunden dort, auf die das nicht zutrifft. Das Hr. Falken im „Fachbeirat“ der Stiftung Finanztest sitzt und daher wohl auch für einen Teil des Test mitverantwortlich zu sein scheint, das schreibt man hier ~~leider~~ besser nicht.

Unser Rat (schreibt Finanztest): **„Denken Sie vor dem Eintritt in die private Krankenversicherung daran, das Sie eine Entscheidung fürs Leben treffen. Der Rückweg in die gesetzlichen Krankenkasse ist in vielen Fällen versperrt. Das kann im Rentenalter kritisch werden, denn die Beiträge bleiben hoch, auch wenn Ihre Einkünfte sinken.“**

Ungeachtet der Tatsache das es einiges an Möglichkeiten vor dem 55. Lebensjahr gibt, in das gesetzliche System zurückzukehren, so ist eine Entscheidung genauestens zu überlegen. Wer jedoch in der Lage ist Geld zurück zu legen, Vorsorge zu treffen und dieses auch tut und zudem einen hohen Leistungsanspruch hat, für den kann das System PKV das richtige sein, auch mit Kindern, Familie und dem Drumherum.

Warum ist einfach erklärt. Der Leistungsumfang einer Privaten Krankenversicherung lässt sich mit Zusatzversicherungen nur teilweise abbilden. Es lassen sich durchaus einige Bereiche verbessern, jedoch ist gerade bei Angestellten die Frage nach der finanziellen Belastung zu prüfen. Eine Zusatzversicherung und der Verbleib in der gesetzlichen Krankenkasse KANN sinnvoll sein, muss es aber auch nicht. Mehr dazu auch in meinem ⁶[Beitrag zum Vergleich Zusatzversicherung und PKV versus Private Krankenvollversicherung](#).

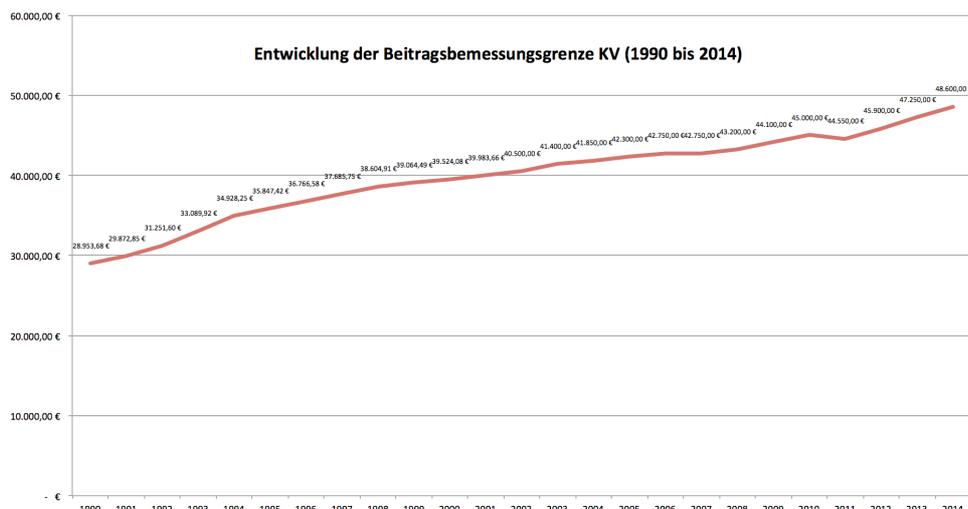
⁴ Link: <http://www.online-pkv.de/214-0-Beihilfe.html>

⁵ Link: <http://wp.me/ppJ9x-BG>

⁶ Link: <http://wp.me/ppJ9x-ov>

Doch in diesen „Ratschlägen“ von Finanztest **fehlen entscheidende Hinweise**. So ist es für Selbstständige und Freiberufler keineswegs so, dass sich die Beiträge am tatsächlichen Einkommen orientieren. Ist die Einstufung in eine Beitragsstufe erfolgt, so verringert sich der Beitrag bei sinkendem Einkommen keineswegs automatisch und viele Selbstständige zahlen daher in der GKV zu hohe Beiträge und haben es schwer diese zu reduzieren. Das Schreckgespenst der hohen Beiträge im Alter, welches natürlich auch auf steigenden Gesundheitskosten beruht (die es in der GKV ja nicht gibt?) wirkt immer und immer wieder. Natürlich steigen Beiträge, natürlich sind höhere Lebenserwartung und immer mehr und teurere Medizin ein Grund zur Anpassung, aber dieses ist nicht auf ein System beschränkt.

Anders als die PKV kürzt die gesetzliche Krankenkasse dann aber einfach Leistungen, was sich bekanntlich in den Reformen immer und immer wieder gezeigt hat. Zudem ist das stetige steigen der Beitragsbemessungsgrenze ebenfalls (für Gutverdiener) eine immer wiederkehrende Beitragssteigerung.



Doch nun folgt eine Aussage, welche die Unfähigkeit der Verfasser dokumentiert. Auf der Seite 63 heißt es dann, der Musterkunde habe **„sich alle Leistungen, auf die er besonderen Wert legt, in eine Tabelle geschrieben“** und dann folgt aber:

„Wer sich nicht so viel Mühe machen will wie Hansen, kann mithilfe unseres (Anm. 29 Euro teuren Tests) die passende Versicherung finden.“

Bei solchen Aussagen brodelt es in mir. Nicht weil ich Makler bin und die Beratung zur PKV meine „Spezialität“ ist, sondern weil die Autoren hier suggerieren: „Kaufe unseren (unsinnigen) Test und die „Analyse“, danach brauchst Du Dir gar keine Gedanken machen um die Auswahl, das haben wir schon für Dich getan. Nimm einfach den billigen Testsieger und mach Dir keine Sorgen.“

Das sind aber genau die gleichen unsinnigen Anleitungen, welche bereits in dem BU Test im letzten Jahr kritisiert wurden. Auch da wollte man (End-)Kunden klar mache: Nimm einfach den billigsten unserer „sehr gut getesteten“ Tarife und schon... ja schon bist Du auf der sicheren Seite. Solche Hinweise und vermeintliche Tipps geben nicht nur die falsche Richtung vor, sondern führen den Kunden in Tarife, die für ihn nicht nur ungeeignet sind, sondern auch noch billig kalkuliert, dazu aber später mehr. Einer Zeitschrift können solche Tipps aber auch egal sein, **haften muss man leider nicht, nicht für den Test, nicht für das Ergebnis und auch nicht für vermeintliche Analysen.**

Nächste Aussage: **„Im Rentenalter zahlen Sie dort (in der PKV) meistens deutlich mehr als in der gesetzlichen Krankenkasse.“**

Hallo? Erde an Finanztest? Liebe Redaktion, lest ihr auch was ihr schreibt oder ist das einfach pure Ignoranz und Selbstüberschätzung? Noch wenige Absätze vorher schreiben die Autoren über Leistungsunterschiede zur PKV, dass es keine Budgetierung gibt, das es sich in der PKV um garantierte Leistungen handelt und nun ist es „meistens“ teurer? Mir kommen gleich die Tränen, vor lachen, wenn es nicht so traurig wäre. Hier werden Äpfel mit Birnen verglichen.

Natürlich kosten Leistungen Geld, mehr Geld als weniger Leistungen. Ein Apfel kostet mehr als zwei, ich dachte das sei auch in Berlin angekommen. Wer also mehr Leistungen versichert, mehr Schutz und höhere Erstattungen möchte, der wird zweifelsohne auch mehr Geld auf den Tisch des Hauses legen müssen.

Doch damit es auch ein Finanztest Redakteur versteht, hier einmal Zahlen. Unterstellen wir 30jährige Kunden. Frau A. ist freiberuflich oder angestellt (und nicht pflichtversichert in der Krankenversicherung der Rentner, siehe unten) und der zweite Versicherungsnehmer Hr. S. ist selbstständig.

Unterstellen wir weiter der Beitrag bei Frau A. liegt heute bei ca. 550 EUR inkl. Pflegeversicherung. Davon sind **528 EUR Anteil der Krankenversicherung** (inkl. Beitragsentlastung von 200 EUR monatlich), welche wiederum 10% gesetzlichen Zuschlag und knapp 10% des Beitrages für das Krankentagegeld enthalten. Glauben wir also der **Annahme von Finanztest**, so hat sich der Beitrag bis zum Rentenalter verdreifacht. Also haben wir dann ca. 1.572 EUR Gesamtbeitrag, welcher sich (stark vereinfacht) so aufteilt: (Alles rein modellhafte Annahmen)

Krankenversicherung:	440 EUR heute	→ * 3	= 1.320 EUR
ges. Zuschlag (10%):	44 EUR heute	→ * 3	= 132 EUR
Krankengeld:	44 EUR heute	→ * 3	= 132 EUR

Das völlig unsinnige an diesen Unterstellungen ist aber, dass Finanztest davon ausgeht, alle Tarife- egal ob vorsichtig und auskömmlich oder knapp kalkuliert- haben eine identische Beitragsentwicklung. Ich dachte das hat sich auch bei FT inzwischen auch herumgesprochen, aber dann kann man ja nicht mehr mit dem „Nimm den billigsten!“ argumentieren. Weiterhin nehmen wir an, unsere gut verdienende Kundin verdient(e) ihr Leben lang gut und hat neben der gesetzlichen Rente von 2.000 EUR (was sehr optimistisch ist, aber sich einfacher rechnet. Bei einem Einkommen von knapp 60T Euro jährlich liegt die Hochrechnung bei ca. 1.875 EUR) weitere Einkünfte im Alter. Zusätzlich zu der gesetzlichen Rente hat unsere Kundin vorgesorgt. Monatlich hat Sie 150 EUR in eine private Vorsorge investiert, 160 EUR in einen Riester Vertrag, weitere 2.400 Euro pro Jahr flossen in eine Direktversicherung bei dem Arbeitgeber. Ja liebe Finanztest, das tun gut verdienende Angestellte für gewöhnlich, sie sorgen vor. Ab Rentenbeginn stehen daher einige Beträge zur Verfügung:

- knapp **2.000 EUR gesetzliche**, monatliche Rente
- + **680 EUR Rente** aus privater Vorsorge (alternativ knapp 150.000 Euro Kapitalauszahlung)
- + **750 EUR monatlich aus einem Riestervertrag**, oder auch hier knapp 164.000 EUR Kapital
- + **670 EUR Rente aus der Betrieblichen Altersvorsorge** (Direktversicherung),
alternativ 194.000 EUR Kapital

Anm. Es handelt sich um reale angebotene Tarife, welche jedoch gerundet wurden. **Inflation ist in allen Berechnungen unberücksichtigt!**

In Summe bleiben nun 4.100 EUR monatlich, wenn alles bei monatlichen Auszahlungen bleibt. Aber wie das manchmal so ist, entscheidet sich die Dame für die Kapitalabfindung bei der privaten Vorsorge, schließlich sind noch Kredite auf dem Haus abzuzahlen.

In der KVdR wird pflichtversichert, wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, einen Rentenanspruch hat und die sogenannte Vorversicherungszeit erfüllt. Diese ist erfüllt, wenn seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung (Rahmenfrist) mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums eine Mitgliedschaft (aufgrund einer Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung) oder eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat.

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, für den besteht auch in der sozialen Pflegeversicherung eine Versicherung.



Es ergeben sich unterschiedliche Beitragspflichten auf das Einkommen. Während ein **pflichtversicherter** Rentner nicht alle (Neben-)einkünfte versteuern muss, ist das bei freiwillig versicherten Rentnern anders. **(Dabei ist genau zu prüfen wer pflicht- und wer freiwillig versicherter Rentner ist, da dieses nicht identisch mit der freiwilligen GKV Versicherung ist)** Informationen zur Rentenversicherung unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/217498/publicationFile/52566/R0815.pdf>

Die oben angesprochene Berechnung ist also nur dann in der Form wirksam, wenn KEINE Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner besteht. Ist dieses der Fall, so werden nicht auf alle Einkünfte Beiträge in der GKV fällig. Das Modell dient vielmehr dazu zu verdeutlichen, dass es nicht allein der GKV Beitrag aufgrund der Rentenversicherung in der gesetzlichen Rente ist, sondern weitere Einkünfte zu berücksichtigen sind. Eine Übersicht wer in der KdR pflichtversichert ist, hat die Deutsche Rentenversicherung unter dem oben genannten Link bereitgestellt.

Einkommen	Beitrag in der PKV	Beitrag in der GKV
gesetzliche Rente	1.320 EUR laut Rechnung siehe oben. gesetzlicher Zuschlag und Krankentagegeld entfallen	$2.000 * 7,3\% + 0,9\% = 162$ EUR (Zuschuss der Rentenvers. berücksichtigt) Pflegevers. $1,025\% = 20,50$ EUR
Kapital aus privater Vorsorge 150.000 EUR	abzüglich Zuschuss der gesetzlichen Rentenversicherung ($2.000 \text{ EUR} * 7,3\% = 146$ EUR)	verteilt auf 10 Jahre, also 15T EUR p.a./ 1.250 EUR p.M. * $15,5\% + 2,05\% = 219$ EUR
750 EUR Rente aus Riestervertrag	Pflegeversicherung: 66 EUR abzüglich Zuschuss der Rentenvers. 20,50 EUR	$750 \text{ EUR p.M.} * 15,5\% + 2,05\% = 131,62$ EUR
670 EUR Rente aus BAV		$670 \text{ EUR p.M.} * 15,5\% + 2,05\% = 117,59$ EUR
vermietete Einliegerwohnung mit monatlich 400 EUR Mieteinnahme	Beitragsentlastungskomponente reduziert um 200 EUR mtl.	wenn vorhanden: 70,20 EUR zusätzlicher GKV Beitrag
SUMME	1.019,50 EUR	721,41 EUR *** aber nie mehr als der Höchstbeitrag 627,75 EUR + 83,25 EUR

Oh, selbst bei so hohen Einnahmen ist die GKV günstiger, sehe ich jetzt schon die ersten rufen. Dumm nur, das die Finanztestredaktion Äpfel mit Birnen vergleicht. Denn anders als in der PKV sind die Zusatzleistungen nicht enthalten, können aber natürlich durch eine Zusatzversicherung ausgeglichen werden. Berücksichtigen wir diese ebenfalls bei unserem Vergleich, dann sähe es so aus:

Zusatzversicherung heute, mit Leistungen für ambulante Behandlung, Heilpraktiker, privatärztlicher Versorgung im Krankenhaus, Erstattungen für Zahnersatz, Zweibettzimmer etc. Heute benötigen Sie hier etwa 90 EUR Monatsbeitrag, der sich- glauben wir den Annahmen bei Finanztest- verdreifacht. Also dann 270 EUR kostet. Dabei hinkt auch dieser Vergleich, denn in den nächsten 37 Jahren (bis 67.) trägt der Kunde den Beitrag allein, während diese Leistungen in der Vollversicherung enthalten sind. Ich hatte bereits vor Jahren zu diesem Thema geschrieben. „[7 Zusatzversicherung + GKV vs. Private KV](#)“.

	Private Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenkasse
Beitrag KV + Pflege	1.019,50 EUR	max. 710,75 EUR Höchstbeitrag
Zusatzversicherung ambulant, stationär, Zahn	0,00 EUR	270 EUR
SUMME	1.019,50 EUR	980,75 EUR

⁷ Link: <http://wp.me/ppJ9x-ov>

Zugegeben, diese Berechnung hinkt auch, denn 1. lassen sich nicht alle Leistungen über Zusatzversicherungen abdecken, 2. bleiben Kinder unberücksichtigt (die zeitweise in der PKV mit zu zahlen sind) und zuletzt ist alles von fiktiven Annahmen abhängig. Wir gehen hier davon aus, dass der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung konstant bleibt und sich auch in den nächsten Jahrzehnten nicht ändern wird, ebenso wie die Beitragsbemessungsgrenze. Das dem aber nicht so ist sehen Sie auf der Grafik auf den vorhergehenden Seiten.

Für den Selbstständigen sehen die Beiträge durchaus ähnlich aus, nur das sich hier meist die Frage stellt, ob überhaupt ein Zuschuss durch den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu erwarten ist, denn diese ist meist gar nicht (oder nicht nennenswert) vorhanden. Daher erfolgt die komplette Versorgung privat und im Alter ist diese auch zu zahlen. Gerade hier muss der Versicherte ein hohes Maß an eigener Vorsorge betreiben und hat daher auch entsprechend hohe Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten.

Richtig ist aber: **Selbstständige mit gering(er)em Einkommen gehören genau so wenig in die PKV, wie Existenzgründer oder Menschen die sich die GKV Beiträge nicht leisten können.**

All das spielt aber gar keine Rolle, denn **eine Private Krankenversicherung kostet Geld, viel Geld, denn Leistungen müssen auch bezahlt werden.** Zudem spielen viele weitere Faktoren hierbei eine Rolle, die wir heute gar nicht kennen können.

Eine PKV ist „Luxus“, eine Versorgung die sehr gut sein kann, aber dafür auch Geld kostet. Für alle „**Ich will Geld sparen**“ Modelle, ist das System der Privaten Krankenversicherung heute und im Alter schlichtweg ungeeignet.

Machen wir aber nun weiter im Text, oder besser Text und schauen uns die weiteren Kriterien an. So heißt es dort unter anderem:

„Privatversicherte bekommen die Rechnung nach dem Arztbesuch gleich mit und müssen diese zunächst selbst begleichen.“

Anscheinend kennt die gesamte Redaktion keinen PKV Versicherten und auch keinen Arzt. Ich bin seit mehr als 16 Jahren in der PKV versichert und habe exakt einmal eine Rechnung mitbekommen, das war bei einem Zahnarzt in New York. Normalerweise bekommt der Versicherte die Rechnung auf dem Postwege, versehen mit einem Zahlungsziel von 14 oder 30 Tagen. Dieser reicht die Rechnung also bei der Versicherung ein, diese erstattet den Betrag auf das Konto und der Kunde überweist an den Arzt. Auch hier gilt: Wer keine Mittel hat und nicht einmal geringste Rechnungen vorstrecken kann, der möge bitte in jedem Fall in der GKV bleiben, der ist aber aus anderen Gründen ebenfalls ungeeignet für die PKV.

Im stationären Bereich ist dieses zudem anders. Die Private Krankenversicherung rechnet die Leistungen für die stationäre Versorgung, die Unterbringung und Verpflegung im Rahmen so genannter DRG's ab. Diese Abrechnung findet- ohne das Zutun des Versicherten- direkt statt. Rechnungen für eine privatärztliche Behandlung bekommt der Patient, aber auch ein GKV Zusatzversicherter nach Hause.

Interessant oder leider eher schlimmer wird es dann ab Seite 67 der kommenden Finanztest Ausgabe (Mai 2014), überschrieben mit „**Der beste Vertrag**“. Finanztest kann und will es leider immer noch nicht verstehen, das die **Überschrift etwas versucht zu vermitteln was es weder gibt, noch geben kann.** Der Grund ist einfach, denn die Anforderungen sind so unterschiedlich, so speziell, gut oder schlecht ist immer subjektiv und nur für den einzelnen zu ermitteln. Doch irgendwelche Kriterien musste man sich ja nun ausdenken, um **zumindest irgendeine Rechtfertigung zu finden**, warum der Leser die Zeitschrift kaufen soll. Im Test habe man nur „leistungsstarke Tarife verglichen“, welche die (von Finanztest gewürfelten?) Mindestkriterien erfüllen und daher dem „Qualitätsanspruch“ von Finanztest genügen.

Dabei gab es erstaunliche fünf Tarife mit einem „sehr gut“, weitere 29 Tarife mit einem gut, also potentiell erst einmal genug Gesellschaften, denen FT ein Siegel verkaufen kann und somit zusätzlich Geld verdienen. Jetzt kommt's aber, denn wir lesen:

„Bei gleichem Leistungsniveau gibt es weitreichende Beitragsunterschiede“ und die 35jährigen Modellkunden müssen bei (angeblich) gleichen Leistungen entweder 395 EUR Beitrag zahlen, oder aber ganze 728 EUR auf den Tisch legen. Das klingt fast wie Abzocke. Böse Unternehmen nehmen den Kunden viel Geld ab, kalkulieren wohl auch noch vorsichtiger, haben sogar in der Kalkulation einen geringeren Zins angesetzt oder sonstige Puffer in der Kalkulation eingebaut? Interessiert aber nicht, denn „billig ist gut“ meint Finanztest.

Dabei wurden die Tarife mit Buchstaben benotet. So ist **A die bestmögliche Benotung** und spiegelt Tarife wieder, welche die Leistungen nach dem Wunschdenken von Finanztest voll erfüllen oder noch mehr Leistungen bieten und C die schlechteste Option. Wie egal Finanztest die Leistungen wirklich sind, das erkennen wir auch daran das die Testsieger in den Gruppen Beamte nur ein B aufweisen, bei den Selbstständigen gar ein C und den Angestellten es zumindest auch ein B geworden ist. Der jeweils erste Tarif mit einem A Rating in Bezug auf die Leistungen findet sich an fünfter, achter und bei den Selbstständigen sogar erst auf Platz 24 (!) und hat es im „Preis-Leistungs-Rating“ auch nur auf ein befriedigend (3,0) geschafft. Unglaublich deshalb, da es einer der Tarife ist, welcher durch umfangreiche(re) Wechselrechte auch eine Anpassung an sich veränderte Lebenssituationen ermöglicht und gerade damit zu einem bezahlbaren Versicherungsschutz beitragen soll. Aber dieses Kriterium hat man erst gar nicht berücksichtigt, warum auch bei einem Vertrag der den Versicherten über Jahrzehnte begleitet.

Doch werfen wir zunächst einmal einen Blick auf die so genannten „Mindestkriterien“, diese müssen von den Tarifen erfüllt werden um zumindest in den Genuss der Aufnahme in die Tabelle zu kommen. (Habe die Reihenfolge etwas abgewandelt, um im Zusammenhang einiges erklären zu können)

Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung	<p>Obwohl die korrekte Bezeichnung „privatärztliche Wahlleistung“ heissen sollte, denn es muss keineswegs immer der Chefarzt sein, sondern der liquidationsberechtigte Arzt, ist dieses Kriterium für die meisten Kunden wichtig und empfehlenswert. Damit sichert sich der Kunde die freie Arztwahl auch unter Spezialisten.</p> <p>Aber um von einem Professor an einer Uniklinik behandelt zu werden, sind auch durchaus medizinische Indikationen ausreichend, so das (anders als FT meint) auch ein GKV Patient in den Genuss kommen kann.</p>
Krankentransport zum nächsten Krankenhaus, bis 100 km.	<p>ob es dazu das geeignete Krankenhaus sein muss oder ob es „irgendein Krankenhaus“ ist, das scheint den Testern nicht wichtig. Hauptsache die 100km sind erfüllt, nicht nachvollziehbar, aber gut.</p>
ambulante Psychotherapie (Ärzte und Psychotherapeuten) mit 50 Sitzungen zu 70%	<p>Ich werde nicht schreiben welchem Unternehmen man mit diesem „aufgeweichtem Kriterium“ einen Gefallen tun wollte, aber wenn man zuvor noch großspurig erklärt man habe sich nun verändert und setze statt der bisher in Tests verwendeten 30 Sitzungen nun 50 p.a. an, warum weicht man das dann mit „es reichen 70%“ wieder auf? Doch es geht noch schlimmer, schaut man sich das Kriterium für die stationäre Aufnahme bei Psychotherapie an.</p>
mind. 30 Sitzungen stationäre Therapie	<p>Fragen Sie mal eine Klinik wie lange die durchschnittliche Verweildauer ist, wie lange Burn-Out oder Patienten mit schweren (und nur dann kommen diese in der Regel in die Klinik) Depressionen in der Klinik sind. Aber klar, für die Testsieger ist es nicht wichtig, Hauptsache billig. Oder?</p>

Arzt- und Zahnarztrechnungen bis zum Höchstsatz, dem 3,5fachen Satz	Ob es auch Leistungen darüber hinaus geben soll, gerade bei komplizierteren Behandlungen, bei Spezialisten auf ihrem Gebiet die eben nicht mit dem 3,5fachen Satz leben können und wollen, das interessiert Finanztest nicht. Wäre ich gemein würde ich vermuten das präferierte Kandidaten nicht im Test aufgetaucht wären, aber das ist einzig und allein (m)eine Vermutung
Heilmittel zu 75% für physikalische Therapie und Logopädie	Klar, 25% Eigenbeteiligung muss der Versicherte schon irgendwie stemmen können und zudem, Hey... dann haben wir demnächst wieder einen Grund für einen Artikel, wenn der arme Schlaganfallpatient seine Therapie nicht mehr zahlen kann, oder Finanztest?
75% bei Hilfsmitteln nach einem offenen Katalog bei Angestellten und Selbstständigen, dabei müssen technische Hilfsmittel enthalten sein, eine einfache Ausführung ist in Ordnung laut Finanztest	Wer bitte hat dieses Kriterium festgelegt und warum? 25% von 100 EUR mögen noch gehen, 25% von 10, 15 oder 20.000 EUR sind ruinos. Klar ist die Wahrscheinlichkeit eine Prothese zu brauchen geringer als ein Arztbesuch, aber es geht um die Absicherungen die ich mir selbst nicht (mehr) leisten kann. 25% Eigenbeteiligung sind indiskutabel und führen den Versicherten in den Ruin, bzw. können es tun. Daher ist es absolut unverantwortlich die Kriterien so niedrig anzusetzen.
75% bei Hilfsmitteln nach einem GESCHLOSSENEM Katalog bei Beamten	Beamte haben eh zuviel Geld und so rechtfertigt anscheinend FT die Unterscheidung. Laut Mindestkriterien „genügt (bei den Beamten) auch ein geschlossener Katalog, also eine abschließende Auflistung der Hilfsmittel“. Auch hier, Verantwortungslosigkeit, nachzulesen unter dem Punkt „Mindestkriterien“
einige weitere Kritiken wie 90% Zahnbehandlung, Zahnersatz zu 65%, Vorsorge wie GKV, verschreibungspflichtige Medikamente	zu dem ersten Kriterium kann ich auch gleich mal den Versicherer nennen, der sonst (bei 100%) leider nicht dabei wäre und zu groß wäre um nicht genannt zu werden, oder? Über Vorsorge kann man sicher diskutieren, auch über die 65% bei Zahnersatz, nicht aber über die anderen Leistungs(mindest)kriterien.

Doch nun wird es spannend, TROMMELWIRBEL für die Testsieger, die empfehlenswerten Tarifen laut Finanztest. Unterteilt wurden die Empfehlungen nach Berufsgruppen, also Beamte, Selbstständige und Angestellte. Kriterien waren (bis auf die Hilfsmittel) nahezu identisch. Klar, alles andere macht ja Arbeit, sich auch noch mit den Besonderheiten von Beamten auseinanderzusetzen, sich Gedanken zu machen warum die Kriterien bei Angestellten anders sind und sein müssen als bei einem Selbstständigen. Nicht einmal ein Hinweis auf Wechseloptionen, Veränderungsmöglichkeiten, kostenintensive Reha-behandlungen, Hospize, Einschränkungen bei der Medikamentenversorgung und mehr. Aber schauen wir doch mal.

Bei den **Beamten gewinnt**, mit einem **tollen B in der Leistung** aber einem Tarif der 11 Euro billiger ist als der Zweitplatzierte die **Concordia**. Die wer? Ja, dieser riesige Beamtenversicherer mit der vielen Erfahrung, passenden Tarifen, Kompetenz und tollen Tarifen. **Kannten Sie nicht?** Ich wette den lesen Sie ab kommender Woche irgendwo in der Werbung a la „WIR SIND TESTSIEGER“ (bei denen auf die wir sonst immer schimpfen).

Ich hoffe es nicht, aber leider sind viele Versicherer auch Gewohnheitstiere und naiv genug diese Tests dann wieder zu verwenden, wenn man (so schwachsinnig es auch immer ist) im oberen Bereich gelandet ist. Zweiter: Die HUK Coburg, gefolgt von der Debeka, beide mit einem B und noch mit sehr gut (HUK 1,2) und gut (1,8).

Bitte? Wer oder was hat da getestet? Zwischen den Tarifen der Debeka und der Concordia liegen leistungsmäßig Welten, schade dass die Debeka nicht billig genug war, richtig? Der erste Tarif mit einem nach Meinung von Finanztest- **A Rating ist die Alte Oldenburger auf Platz 5**. Ein kleiner, feiner und solider Krankenversicherer aus Vechta.

Tarife welche Alleinstellungsmerkmale aufweisen, Umstellungsrechte und mehr bieten, landen nur auf den zweistelligen Plätzen weil diese 50 EUR mehr Beitrag nehmen, der vielleicht sogar zu einer geringeren Anpassung verhelfen kann? Nur als Information am Rande: zwischen erstem Tarif im Test und dem letzten Platz liegen exakt 95 EUR Beitrag.

Doch wechseln wir von den „ohnehin reichen“ Beamten zu den Angestellten, der Hauptzielgruppe der PKV, zu den Menschen die oftmals Einkommen haben wo sich ein guter Schutz auch finanzieren lässt, wer gewinnt denn da?

Erster wird im Test die **HUK Coburg**, ein Schelm wer bei Zusammensetzung von Gremien etwas Böses denkt. **Sehr gut mit 1,4** meint Finanztest zu dem Tarif und der gravierende Leistungslücken (die nicht getestet wurden) aufweist? Wie der in das Raster der Mindestkriterien passt, das versuche ich gerade zu verstehen. In den Bedingungen (Tarif Komfort, Unisex) heißt es bei den Hilfsmitteln:

*f) Hilfsmittel Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel. Als Hilfsmittel **gelten technische Mittel oder Körperersatzstücke** (kein Zahnersatz), die eine körperliche Beeinträchtigung unmittelbar mildern oder ausgleichen **sowie lebenserhaltende Hilfsmittel**. Sehhilfen werden unter Nr. 2. g) geregelt. Erstattet werden **medizinisch notwendige Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.200 € zu 100 %**. Hilfsmittel, die einen Rechnungsbetrag von 1.200 € pro Hilfsmittel übersteigen, werden zu **90 % im tariflichen Umfang erstattet**. Sofern das Hilfsmittel über den »Hilfsmittelservice« (siehe Nr. 6. h)) des Versicherers beschafft wird, **werden diese Hilfsmittel zu 100 % erstattet**.*

*Für **einzelne Hilfsmittel gelten folgende Höchstrechnungsbeträge**: – Perücken bei krankhaftem Haarausfall bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 €, – **Hörhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Hörhilfe**. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte apparativ einschließlich dazugehöriger Ohranpassstücke, – **Sehimplantate bis zu einem Rechnungsbetrag von 20.000 €**, – **Anschaffungskosten eines Blindenführhundes inklusive Einführtraining**, – **Schlafapnoe-Geräte (z.B. CPAP-/BiPAP-/Bilevel-Geräte) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.250 €**, – **Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 € pro Prothese**, – **C-LEG-Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 30.000 €**, – **Individuell angepasste Sitzschalensysteme bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.000 €**, – **Krankenfahrstühle (ggf. inkl. Zubehör und Antrieb) bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 €**, – **Orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Kalenderjahr**.*

Also wenn ich mich recht erinnere, dann war das Kriterium ein offener Katalog, zudem 75% Erstattung der Kosten- richtig? Hier sind es zwar auf den ersten Blick 100% bis 1.200 EUR und danach 100/90% je nachdem ob der Service des Versicherer genutzt wird, aber das k.o. Kriterium sind die Höchstgrenzen.

Da sollen 15.000 EUR für eine Prothese reichen, da sind nach Ansicht des Versicherers dann 5.000 EUR für Sitzschalen genug, zudem müssen 2.500 EUR für einen Rollstuhl reichen?

Ich habe im eigenen Bekanntenkreis leider jemanden, der wegen Muskelschwund einen elektrischen Rollstuhl bekam. Kostet so ca. 13.000 EUR, ganz ohne viel Schnickschnack und nach einigen Anpassungen knapp 16.000 EUR. Glauben wir nun der Mathematik, dann sind das 2.500 EUR Erstattung bei einem Rechnungsbetrag > 10.000 EUR. Die >75% stimmen schon, dumm nur das es der Eigenanteil ist, der Betrag den der Versicherte trägt und nicht die Erstattung. Das setzt sich leider auch bei anderen Bereichen fort.

Ob Finanztest die Bedingungen auch gelesen hat?

Aber Hauptsache der Tarif ist billiger als die anderen, aber Stop! Derr Tarif kostet 441 EUR und hat eine Selbstbeteiligung von 600 EUR. Das führt zu einer maximalen Belastung für den Angestellten von:

$$441 \text{ EUR} / 2 = 220,50 \text{ EUR} + 50 \text{ EUR mtl. SB} = \mathbf{270,50 \text{ EUR}}$$

Platz 2 hingegen sieht so aus:

$$436 \text{ EUR} / 2 = 218 \text{ EUR} + 37,50 \text{ EUR mtl. SB} = \mathbf{255,50 \text{ EUR}}$$

Wer die Logik erklären kann, dem schenke ich ein Bienchen, ein Keks oder lade auf eine Ausgabe Finanztest ein, ach ne, soll ja ne Belohnung und keine Bestrafung sein. ☺ Aber gut, der Provinzial Tarif auf Platz 2 hat auch **nur ein C in den Leistungen**, zudem ist es ein regionaler Versicherer. Der erste Versicherer mit einem **A Rating, hier mal auf Platz acht der Tabelle**, reicht ja auch und man muss ja nicht immer auf die Leistung gucken, ist nicht so wichtig, oder?

Der Tarif der Inter, der erste mit einem A kostet übrigens für den Arbeitnehmer:

$$506 \text{ EUR} / 2 = 253 \text{ EUR} + 50 \text{ EUR mtl. SB} = \mathbf{303,00 \text{ EUR}}$$

Das bei den Angestellten auch Fragen nach der zu zahlenden Lohnsteuer, dem Arbeitgeberzuschuss und daher der Frage wie sinnvoll Selbstbeteiligungen für diese Gruppe sind stellen, das hat man beim testen wohl vergessen oder hält es nicht für wichtig.

Doch weil wir gerade bei der Provinzial waren. Wird die **Zeitschrift „Finanztest“ nur noch in Niedersachsen und Bremen verkauft? Nicht? Schade eigentlich**, oder warum wird bei den Selbständigen ein Versicherer (die Provinzial) mit einem Tarif Testsieger, der sein Geschäftsgebiet auf Niedersachsen und Bremen beschränkt hat? Wenn Sie aber dahin dürfen, dann können Sie gleich mit dem „sehr guten Versicherer“ darüber diskutieren, was denn angemessen ist. Sie verstehen nicht? Hier die Formulierung bei den Hilfsmitteln:

„Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel in einer notwendigen und angemessenen Ausführung.“

Bei den Selbstständigen, da wird es noch besser. Der Testsieger ist dort die Provinzial, immerhin in zwei Bundesländern gekauft werden kann- super, nicht wahr?

Da fällt mir aber noch etwas anderes auf, aber wahrscheinlich bin nur ich zu dumm es zu verstehen, hab ja auch nicht so viel mit PKV zu tun ;-) bei den Angestellten taucht in der Tabelle der Tarif Esprit des Deutschen Rings auf, dieser hat eine ambulante Selbstbeteiligung von 450 EUR und einen Betrag (für einen 35jährigen) der sich dann wie folgt darstellt:

$$\begin{aligned} &414,09 \text{ EUR} + 10\% \text{ ges. Zuschlag} = \mathbf{455,50 \text{ EUR}} \\ + &1/12 \text{ der jährlichen Selbstbeteiligung von } 450 \text{ EUR, also } + 37,50 \text{ EUR} \\ &= \mathbf{\text{Gesamtbelastung } 493,00 \text{ EUR}} / \text{ für den Angestellten } 265,25 \text{ EUR} \end{aligned}$$

Bei den Selbstständigen taucht in der Tabelle der Esprit X, also der gleiche Tarif mit einer doppelt so hohen Selbstbeteiligung auf. Nun kann man meinen, das ist bei Selbstständigen sinnvoll ist um den Beitrag zu senken, aber schauen wir mal:

$$\begin{aligned} &393,31 \text{ EUR} + 10\% \text{ ges. Zuschlag} = 432,64 \text{ EUR} \\ &\mathbf{\text{GIGANTISCHE Ersparnis von } 22,86 \text{ EUR, also pro Jahr } 274,32 \text{ EUR (bei } 450 \text{ EUR mehr SB)}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &\text{Rechnet man die Selbstbeteiligung aber dazu, so sieht es wie folgt aus:} \\ &432,64 \text{ EUR} + 1/12 \text{ der jährlichen SB von } 900 \text{ EUR, also } 75 \text{ EUR} \\ &= \mathbf{507,64 \text{ EUR Gesamtbelastung}}, \text{ für einen Angestellten wären das } 291,32 \text{ EUR} \end{aligned}$$

Den Hintergrund der Tarifauswahl werden wir wohl nie verstehen, aber wir sollen ja auch nur dieses Blatt kaufen, Analysen kaufen und für Tests bezahlen, Hintergründe verstehen oder sogar das kritische Hinterfragen ist unerwünscht. Natürlich muss auch der Tarif für das Krankentagegeld bezahlt werden und daher ist der Gesamtbeitrag entscheidend. Aber von einer Staffelung des KT, einer getrennten Betrachtung der KT Tarife, all davon hat Finanztest noch nichts gehört, oder?

Außer die Karenzzeit wurde über das so wichtige Krankentagegeld kein Wort verloren, kein Wort darüber wie umfangreich es sein muss, wie es sich richtig berechnet, noch über die Bedingungen und Ausgestaltung des Versicherungsschutzes. Alles nicht so wichtig?!

Dilettantisch und den falschen Wegweisend

Ich muss gestehen, nach dem letzten Desaster mit dem Test zur Berufsunfähigkeit und dem daraus resultierenden Medienecho hatte ich immer noch auf eine kleine Wende gehofft. Zumindest unterlag ich der Illusion, Finanztest würde zuhören und einiges mitnehmen aus den Gesprächen. Jeder muss und soll seinen eigenen Weg haben, aber wenn dieser so dilettantisch ist, unbelehrbar und sich immer und immer wieder fortsetzt, dann stellt sich die Frage:

„Wer schützt uns vor den Verbraucherschützern“

Warum lernt man es nicht, warum ignoriert man ehrliche, offene und gut gemeinte Kritik? Warum wagt man sich immer und immer wieder an Themen von denen man so gar keine Ahnung hat? Ich kann es nicht erklären, verstehe es auch nicht und kann nur mutmaßen.

Es geht- wie so oft- ums Geld. Dummerweise ist es hier der Leser und Kunde der Schaden aus solchen unverantwortlichen Tests zieht, der einem Irrglauben unterliegt er bekäme einen „Testsieger“. Aber auch den Versicherern ist ein Teil der Schuld zuzuschreiben. Es wird gemeckert, gejammert und kritisiert und dann doch wieder das Sonderheft gekauft und das Siegel zur Werbung genutzt, frei nach dem Motto „wir sind doch gut getestet, dann nutzen wir es auch“.

Warten wir mal ab, wer das Siegel und Ergebnis von diesem Test nutzt. Sie als Kunde können sich dann schnell ein eigenes Bild machen, ein Bild von dem Test, dem Ergebnis aber auch den Unternehmen die es für sich nutzen. Ich bin heilfroh, das ich Kunden habe die solchen Unsinn hinterfragen, sich informieren und verstehen- eine „beste PKV“ kann und wird es nie geben.

Auf meiner Homepage stelle ich Ihnen eine Fragebogen zu den Auswahlkriterien und einen Leitfaden zur Krankenversicherung zur Verfügung, besuchen Sie einfach den Downloadbereich auf <http://www.online-pkv.de>. Dort finden Sie ebenfalls die Versicherungsbedingungen im Original.

Presseinformation:

Sven Hennig ist Geschäftsführer der S.H.C. GmbH, einem Spezialmakler für die Private Krankenversicherung und die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit und Betreiber des Onlineportals www.online-bu.de. 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 600 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>