

TEST Krankenzusatzversicherungen

Kranke Versicherungen

Der Bedarf ist da. Viele Kassenpatienten möchten mehr für ihren Gesundheitsschutz tun. Doch auf dem Markt herrscht ein echtes Kraut-und-Rüben-Durcheinander. Wer einfach zugreift, kauft meist an seinen Bedürfnissen vorbei.

Vor allem junge Kassenpatienten misstrauen dem Gesundheitsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und wollen sich verstärkt zusätzlich versichern. Zu diesem Ergebnis kommt der *Kundencompass Zusatzversicherungen*, den die Gothaer Versicherung aus Köln erstellt hat. Bislang haben rund 45 Prozent der befragten GKV-Mitglieder mindestens einen privaten Krankenzusatztarif abgeschlossen.

Seit es den gesetzlichen Kassen erlaubt ist, private Zusatzversicherungen zu vermitteln, können sich deren Mitglieder kaum vor scheinbar lukrativen Offerten retten. „Solche Tarife sind aber nicht immer sinnvoll“, warnt Niels Nauhauser, Experte für Finanzdienstleistungen bei der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg. Häufig gibt es am freien Markt bessere Angebote. Vor allem wenn es um Kombitarife mit breitem Leistungsspektrum geht. Sinnvoller sind in der Regel einzelne Bausteine. Im Test wurden daher die Tarife für die stationäre und ambulante Versorgung

geprüft. Die besten privaten Zahnzusatzversicherungen haben wir schon im Mai-Heft vorgestellt.

Wer im Krankenhaus als Privatpatient behandelt werden möchte, hat es noch relativ einfach. Die Angebote sind weitgehend vergleichbar. Die entscheidende Rolle spielt vor allem der Preis. Ganz anders wird es hingegen, wenn es um privaten ambulanten Zusatzschutz geht. Hier reicht die Span-

ne von Tarifen, die gerade einmal bestimmte Vorsorgekosten übernehmen, bis zu Tarifen, die umfangreich die Lücken der gesetzlichen Krankenkassen schließen. Auch die Preise schwanken extrem. „Die Vergleichbarkeit wird absichtlich erschwert“, behauptet Gerd Güssler, Geschäftsführer des Marktbeobachters KVpro aus Freiburg. So gibt es Tarife, die nur leisten, wenn die Krankenkasse ebenfalls eine

Unsere Empfehlungen

- ✓ Beim Abschluss einer privaten Krankenhauszusatzversicherung sollten sich die Kunden unbedingt sachkundig beraten lassen. Empfehlenswert sind Versicherungsmakler, die auf Provision arbeiten oder Versicherungsberater, die für ihren Aufwand unabhängig von den Anbietern ein Honorar bekommen.
- ✓ Private Krankenhaustarife leisten fast immer das Gleiche: Bessere Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern sowie die Behandlung durch einen Chefarzt. Daher ist vor allem der Preis entscheidend.
- ✓ Die Gesundheitsfragen – sie sind aufgrund neuen Rechts heute noch umfassender – müssen akribisch genau beantwortet werden. Andernfalls müssen Sie damit rechnen, dass der Versicherer im Ernstfall nicht leistet.
- ✓ Ambulante Zusatztarife sind kein Muss. Sie schützen nicht vor existenziellen Gefahren. In der Regel können Heilmaßnahmen und Hilfsmittel auch aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Notfalls kann man auch vorher sparen.
- ✓ Bei ambulanten Zusatztarifen kommt es extrem auf den individuellen Bedarf an. Wer keine Brille trägt, braucht keine Brillenleistungen. Ähnliches gilt für Patienten, die die klassische Medizin bevorzugen. Sie brauchen keine Heilpraktikerleistungen.



Zahlung erbringt. Sie satteln sozusagen auf. Andere Tarife zahlen auch ohne die Kassen. Es reicht, wenn eine medizinisch notwendige Behandlung vorliegt. „Doch es gibt auch jede Menge Mischtarife“, warnt Experte Güssler.

Um Durchblick in den Dschungel der ambulanten Krankenzusatzversicherungen zu bringen, haben wir eine Musterrechnung entwickelt, die prüft, in welchem Umfang die privaten Anbieter vorgegebene Erkrankungen ausgleichen. Ein erstes Fazit ziehen wir schon hier: Ambulante Tarife haben in vielen Fällen gefährliche Zahlschranken und Wartezeiten eingebaut. So gibt es beispielsweise Leistungen für Brillen oft nur alle zwei Jahre, bis zu einer bestimmten Höchstsumme und zudem nur dann, wenn sich die Sehschärfe um



Foto: ccvision.de

einen bestimmten Wert verschlechtert. Da kommt der Kunde ganz stark in die Nähe eines einfachen Geldwechselgeschäfts. Anders gesagt: Es fragt sich, ob sich solche Tarife tatsächlich lohnen. Notwendig sind sie auf keinen Fall, denn sie decken keine existenziellen Risiken ab. Alternativ kann man sich den Aufwand für seine Brille auch zusammensparen (siehe Kasten Gesundsparen).

Insgesamt haben wir 50 stationäre und 36 ambulante private Zusatzpolicen in jeweils acht Modellfällen untersucht – also 688 Tarife und Tarifvarianten. Die besten finden Sie in den Tabellen. Da nur private Krankenhaustarife ausgewählt wurden, die auch eine Chefarztbehandlung vorsehen, wurden in dieser Tabelle nur die Ränge eins bis vier vergeben. Tarife ohne Chefarztbehandlung wurden nicht in

den Test aufgenommen. Solche schwachen Tarife sind – entgegen Empfehlungen von Verbraucherschützern – eigentlich unbrauchbar. (siehe Kompakt AOK zahlt Einzelzimmer). Berichte von Patienten zeigen, dass man mit solchen Tarifen oft an den Mühlen der Krankenhausverwaltung scheitert. Wer nämlich ohne Chefarztbehandlung eine bessere Unterbringung einfordert, muss immer wieder erleben, dass gerade kein Zimmer frei ist.

Das Testergebnis

■ „Gesetzlich Versicherte haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Chefarztbehandlung“, so Kai Kirchner von der Beratungsstelle Erfurt der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland – UPD. Wünscht ein gesetzlich Versicherter ohne medizinische Notwendigkeit

trotzdem die Behandlung durch einen leitenden Krankenhausarzt, so muss er diesen selbst bezahlen. Müssen – aufgrund von Komplikationen – weitere Privatärzte hinzugezogen werden, kann es sehr teuer werden. Zudem: Spezialisten rechnen über den 3,5-fachen Gebührensatz ab. Ohne ausreichenden privaten Schutz sollte daher niemand den Aufstieg zum Privatpatienten wagen.

■ Gleich sechs Anbieter von privaten Krankhauspolicen erreichen den ersten Rang. Sie leisten im Musterfall pro Beitrags-Euro am meisten. 463 Euro sind es beispielsweise für eine 30-jährige Frau bei der LVM im Tarif SGR2, 443 Euro sind es bei der Debeka im Tarif WK100 und 440 sind es bei der ARAG im Tarif 262. Weitere sechs Anbieter erreichen Rang zwei und sind damit

kaum merklich schlechter.

■ Insgesamt schwanken die Leistungen, die die Versicherer für den Krankenhausaufenthalt des Musterkunden zahlen. 8.080 Euro erstattet die LVM (SGR 2), 11.369,60 Euro die Hallesche (CSW1 + CSA 100). Der Tarif kam mit einer Gesamtnote von 2,13 knapp nicht unter die Allerbesten. Denn solche leistungsstarken Tarife, die auch einen ganz teuren Spezialisten bezahlen, sind in der Regel deutlich teurer. So zahlt die Hallesche nur noch 313 Euro je Beitrags-Euro für eine 30-jährige Frau.

■ Unter den sechs Erstplatzierten sind gleich drei Tarife – von LVM und CSS, die ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert werden. Dadurch sparen die Kunden heute Geld, müssen aber in Zukunft damit rechnen, dass die Prämie nicht nur aufgrund allgemeiner Teuerun-

Kompakt

Alle Ergebnisse im Internet

Die detaillierten Ergebnisse aller 688 Tarife und Tarifvarianten können Sie für zwei Euro unter www.oekotest.de -> Testberichte abrufen.

Auslandsrankenversicherung

„Der wichtigste Schutz bei Reisen ist die Auslandsrankenversicherung,“ sagt Georg Pitzl. Sie schließt für gesetzlich krankenversicherte Urlauber eine existenzgefährdende Lücke, weil deutsche Krankenkassen Behandlungen im Ausland nicht zahlen. Allein für EU-Staaten oder Länder mit denen Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat, gilt die „European Health Insurance Card (EHIC)“, die den früheren Auslandsrankenschein ersetzt. „Doch die Karte akzeptiert selbst im Nachbarland Österreich nicht jeder Arzt“, warnt Pitzl, der in Bobingen bei Augsburg als Versicherungsberater tätig ist. Unter Umständen muss in einer Not-situation die Behandlung aus eigener Tasche gezahlt werden. Auslandsrankenscheine sind günstig. Für unter zehn Euro gibt es einen Jahresvertrag. Damit kann man dann beliebig oft, aber zeitlich meist auf 42 Tage beschränkt, sicher verreisen.

Krankentagegeldversicherung

Mit der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber ist in der Regel nach 42 Tagen Schluss. Danach gibt's Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei kann eine Einkommenslücke von rund 20 Prozent entstehen. Da der von der gesetzlichen Krankenkasse angerechnete Monatsverdienst durch die Versicherungspflichtgrenze begrenzt ist, kann dieser Prozentsatz für freiwillig Versicherte noch viel höher liegen. Den entsprechenden Einkommensausfall kann man mit einer privaten Krankentagegeldversicherung abdecken. Besonders wichtig ist diese Zusatzversicherung für Selbstständige, die unter Umständen gar keinen anderen Anspruch auf Krankengeld haben.



Foto: Dak/Schläger

Chefarztbehandlung für Kassenpatienten? Mit einer Zusatzversicherung lassen sich die höheren Kosten dafür absichern.

gen ansteigt, sondern auch weil höhere Aufwendungen im Alter finanziert werden müssen. Demgegenüber sind die Toptarife der ARAG, der Debeka und Victoria normal kalkuliert. Hier wird ein Teil der Prämie für das Alter reserviert.

■ Alle Testergebnisse gehen von einem gesunden Menschen aus, der keine Risikozuschläge bekommt. Tatsächlich ist aber selbst bei 30-jährigen die vollkommene Gesundheit meist nicht gegeben. Daher müssen die Kunden mit unterschiedlichen Aufschlägen rechnen.

■ Wer mit seinem privaten Schutz im Krankenhaus in eine Privatklinik geht, die nicht der Bundespflegesatzverordnung unterliegt, muss aufpassen. Unter Umständen bleibt er auf hohen Kosten sitzen. So zahlen Allianz und DKV in

diesen Fällen nur noch rund 60 Prozent der Chefarzthonorare.

■ Unglaublich ist, was wir bei ambulanten Tarifen erlebten. Jeder Tarif musste bis in die kleinste Tiefe des Kleingedruckten analysiert werden – und zwar von einem Expertenteam des Analysehauses KVpro aus Freiburg. Grund: Immer wieder stolperten wir über Einschränkungen und Ausschlüsse oder Mehrleistungen für Zähne oder Krankenhaus, die die ambulanten

Tarife nur teuer machen. Von 50 Tarifen, die in den Test gingen, blieben daher nur 36 übrig, die

unseren Kriterien als weitgehend „saubere“ ambulante Angebote entsprachen.

■ Laien sind beim Abschluss eines ambulanten Tarifs vollkommen überfordert. Sie können die tatsächlichen Leistungen niemals durch-

schauen und benötigen beim Abschluss immer Expertenrat von Maklern oder Versicherungsberatern.

■ Beispiel gefällig? So teilt uns die Univera mit: „Der Tarif EZ1 sieht eine Kostenbeteiligung an der gesetzlichen Zuzahlung gemäß SGB vor; von dieser Zuzahlung werden 80 % erstattet“. Hört sich kompliziert, aber ganz gut an: 80 Prozent. Sind aber gerade mal 8! Euro von 2.710 Euro Restkosten für einen Rollstuhl.

■ Insgesamt gab es mehr schlechte als gute Tarife. So leistet der DKV Tarif AZS im Musterfall insgesamt lediglich in drei der 13 Bereiche – insgesamt rund 750 Euro. Doch unser Musterkunde erhält am Ende, wegen einer allgemeinen Summenbegrenzung nur 400 Euro – und reicht er die Rechnungen nicht komplett am Jahresende ein, sondern einige schon vorher, dann gibt es sogar nur 350 Euro.

Ambulante Tarife sind vollkommen undurchsichtig

Solche Leistungen konnten nur noch mit Rang sechs bewertet werden.

■ Einige Tarife leisteten in der Musterrechnung nur für Brillen oder medizinische Vorsorgeleistungen und kosten trotzdem, wie der VT-G der DEVK schon einer 30-jährigen Frau 9,30 pro Monat. Andere Tarife sind leistungsstark, wie der ARAG 182+282, der immerhin in neun Muster-Leistungsbereichen rund 2.200 Euro zahlt. Doch der Tarif ist mit Monatsbeitrag von 97 Euro inklusive Selbstbeteiligung einfach schon zu teuer und muss in der Gesamtbewertung mit Rang vier vorliebnehmen.

■ Topleistung bei supergünstigem Preis weist der Tarif flexiGesundplus+HP der Assekuranz CSS aus der Schweiz auf. Doch Vorsicht: Dieser Tarif ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Er wird also im Preis deutlich schneller steigen, als Tarife, bei denen der Versicherer schon für höhere Aufwendungen im Alter ein Teil der Prämie zurücklegt. Gerade bei ambulanten Tarifen kann CSS hier supergünstig sein, denn der Versicherer trägt – bei strenger Gesundheitsprüfung – eigentlich vor allem das Unfallrisiko. Gesunde Menschen werden nicht von heute auf morgen teure Hilfsmittel, wie einen

Rollstuhl oder ein Hörgerät brauchen.

■ Solider, weil mit Alterungsrückstellung kalkuliert, ist der Tarif AZ der Central-Versicherung der in zwölf von 13 Musterbereichen leistet. Leider haben dies und die zukünftige Preisstabilität ihren Preis. Schon eine 30-jährige Frau muss rund 131 Euro im Monat zahlen.

■ Empfehlenswert ist auch der GA von der Debeka, der immerhin in sieben Musterbereichen leistet und mit günstigen rund 30 Euro Monatsprämie für eine 30-jährige Frau Rang drei belegt.

■ Wichtig: Kein äußerer Hinweis, weder der Name noch der Preis geben tatsächlich Aufschluss über die Leistung eines ambulanten Krankenzusatztarifs. Jeder Kunde muss mit seinem Berater – und mit Unterstützung entsprechender Software – den für ihn geeigneten Tarif herausfiltern. Wer seine Bedürfnisse – Heilpraktikerleistungen, Brillenträger, Massagen – genau angibt, zwingt heute nach neuem Versicherungsrecht, den Vermittler zu einer Bedürfnis- und Marktanalyse. Dazu muss auch ein Beratungsprotokoll erstellt werden. Geht der Kunde im Krankheitsfall leer aus, weil etwas im Kleingedruckten übersehen wurde, muss der Berater haften.

Uwe Schmidt-Kasperek

Gesundsparen

Für ambulante Krankenzusatzversicherungen, die beispielsweise zahlen, wenn man Heilpraktikerleistungen in Anspruch nimmt oder sich eine Brille oder ein Hörgerät kauft, muss man für leistungsstarke Tarife rund 150 Euro pro Monat zahlen. Trotzdem wird nicht jede medizinische Leistung bezahlt. In der Regel gibt es Wartezeiten und Summenbegrenzungen. Alternativ kann man für seine notwendige Gesundheitsvorsorge auch sparen. Dann steht das Geld voll zur Verfügung. Wer etwa pro Monat 100 Euro festlegt und drei Prozent Zinsen erhält, hat sich in drei Jahren rund 3.770 Euro erspart. Damit kann manche Heilpraktikerleistung oder Brille bezahlt werden. Möglicherweise wird die Investition – weil die Gesundheit erhalten bleibt – auch gar nicht notwendig.

Kompakt

AOK zahlt Einbettzimmer

Die AOK Rheinland/Hamburg zahlt für die Zusatzkosten für ein Ein- bzw. Zweibettzimmer bei einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung in einem Vertragskrankenhaus. Außerdem werden die gesetzlich festgelegten Krankenzusatzleistungen übernommen. Wer sich für diesen Wahltarif entscheidet, der muss sich drei Jahre an die Kasse binden. Wer zwischen 21 und 40 Jahre alt ist zahlt bei der AOK-Rheinland/Hamburg für das Einbettzimmer 15,30 Euro und für das Zweibettzimmer 9,40 Euro. Bisher hat die Kasse nur sehr wenige dieser Tarife an ihre rund drei Millionen Versicherte verkauft. Ein möglicher Grund: Chefarztbehandlung ist nicht versichert. Damit bleibt die AOK-Rheinland-Hamburg sogar hinter der Position des Bundesversicherungsamtes (BVA) zurück. Das Amt, das für bundesweit tätige Kassen zuständig ist, hatte bereits im März 2007 mitgeteilt, dass es in der Übernahme der Chefarztbehandlung keine unzulässige Leistungsausweitung der



Foto: insblende.de

Kassen sieht. Solche Wahltarife könnten also durchaus noch auf den „Markt“ kommen. Die privaten Krankenversicherer wollen aber schon das bisherige – rudimentäre – Angebot verhindern und haben die AOK Rheinland/Hamburg gleich in zwei Verfahren vor den Sozialgerichten Köln und Dortmund verklagt (PKV Verband, Az. S5CA 169/07, Continentale, Az. S 40 CR 236/07er). „Aufgabe der Krankenkassen ist es, die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Leistungen sicherzustellen. Ein Einbettzimmer im Krankenhaus und Chefarztbehandlung sind damit sicherlich nicht abgedeckt. Die Angebote der AOK Rheinland hätten nie genehmigt werden dürfen“, meint Rolf Bauer, Vorstand der Continentale Versicherung aus Dortmund.

TEST		Die besten Zusatzversicherungen, stationär						
Tarif	Versicherer	Erstattung im Modellfall in Euro	Monatsbeitrag Frau 30 Jahre	Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Monatsbeitrag Frau 40 Jahre	Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Monatsbeitrag Frau 50 Jahre	
262	ARAG	10.580,00	24,04	sehr hoch	30,79	sehr hoch	40,32	
clinic2	CSS	10.580,00	25,40	sehr hoch	30,20	sehr hoch	38,76	
SGR 2	LVM	8.080,00	17,46	sehr hoch	19,72	sehr hoch	27,87	
WK 100	Debeka	10.580,00	23,91	sehr hoch	31,03	sehr hoch	41,07	
SGR 1	LVM	8.620,00	22,89	hoch	24,45	sehr hoch	34,16	
GZ2	Victoria	10.580,00	25,77	sehr hoch	33,25	sehr hoch	44,71	
CSW2 + CSA100	Hallesche	10.580,00	29,57	hoch	35,27	sehr hoch	45,24	
729E	Allianz	10.580,00	28,76	hoch	36,26	hoch	46,02	
K50	Alte Oldenburger	10.580,00	30,87	hoch	38,28	hoch	51,04	
KlinikPRIVAT/2	UKV	9.580,00	29,22	hoch	34,79	hoch	45,26	
KlinikPRIVAT/2 (ZV/2)	BK	9.580,00	29,22	hoch	34,79	hoch	45,26	
MediClinic	Gothaer	10.580,00	27,88	hoch	36,65	hoch	49,27	

TEST		Die besten Zusatzversicherungen, ambulant				
Tarif	Versicherer	Erstattung im Modellfall in Euro	Bewertung Erstattung im Modellfall	Selbstbeteiligung pro Jahr	Anzahl Leistungsbereiche	Bewertung Anzahl Leistungsbereiche
flexiGesundplus+HP	CSS	7269,00	sehr hoch	entfällt	12	sehr hoch
AZ	Central	7156,00	sehr hoch	entfällt	12	sehr hoch
GA	Debeka	4420,40	erhöht	145,00	7	erhöht
AG100	Signal Iduna	7303,00	sehr hoch	entfällt	9	hoch
AmbulantPlus	Allianz	1150,00	sehr niedrig	entfällt	7	erhöht
ZA275	Mannheimer	2682,50	mäßig	entfällt	7	erhöht
ZA250	Mannheimer	1805,00	niedrig	entfällt	7	erhöht
WG	SDK	1270,00	sehr niedrig	entfällt	3	niedrig
181+282	ARAG	2108,80	niedrig	entfällt	9	hoch
182+282	ARAG	2199,60	niedrig	75,00	9	hoch

Anmerkungen: 1) Das Unternehmen nahm nicht aktiv an der Untersuchung teil, stellte jedoch alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung. Trotzdem sind die Ergebnisse mit Unsicherheit belastet. 2) Tarif ohne Altersrückstellungen. 3) Der Tarif leistet bei stationärem Aufenthalt die gesetzliche Zuzahlung (10 Euro pro Tag). 4) Der Tarif leistet bei stationären Kuren ein Tagesgeld. 5) Der Tarif ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Große Preisunterschiede gegenüber anderen leistungsstarken Tarifen sind ein deutliches Indiz dafür, dass Kunden über die Schäden – vor allem in höherem Alter – mit deutlichen Preissteigerungen rechnen müssen. 6) Der Versicherer reduziert in manchen Bereichen die Kostenerstattung „auf ortsübliche Preise“. Da im Musterfall kein Wohnort vorgegeben war, handelt es sich um bundesweite Durchschnittspreise. Monatsbeiträge inklusive 1/12 Selbstbeteiligung von 145,00 Euro im Jahr. 7) Monatsbeiträge inklusive 1/12 Selbstbeteiligung von 75,00 Euro im Jahr.

Legende: Tarife mit dem gleichen Rang sind nach Durchschnittsnote aufgeführt. Zur Ermittlung des Ranges der stationären Tarife wurde die Differenz zwischen höchster und niedrigster Erstattung je Euro Monatsbeitrag in vier gleich große Klassen (sehr hoch, Note 1, bis mäßig, Note 4) geteilt. Die Ränge fünf und sechs wurden somit nicht vergeben, weil ganz leistungsschwache Tarife aufgrund der Anforderung, dass neben Einbett- oder Zweibettzimmer auch Chefarztbehandlung bezahlt werden musste, gar nicht erst ins Ranking aufgenommen wurden. Tarife, die keine Alterungsrückstellungen kalkulieren, wurden als Ausreißer bei der Berechnung der Klassen nicht berücksichtigt. Die Erstattung wurde anhand einer Musterrechnung ermittelt. Die Musterrechnung sah Behandlungen in einem Krankenhaus nach Bundespflegesatzverordnung vor. Insgesamt lagen die Restkosten (Unterbringungs- und Behandlungskosten durch den Chefarzt/Spezialisten für 12 Tage im Einbett- bzw. Zweibettzimmer) bei 11.240 Euro. Einberechnet wurde für den Musterfall „Zweibettzimmer“ auch ein Krankenhausheld, wenn es für den Verzicht auf das versicherte Einbettzimmer gezahlt wurde. Zur Ermittlung der Durchschnittsnote wurden die Noten der Modellfälle gemittelt.

nären Tarife wurde die Differenz zwischen höchster und niedrigster Erstattung je Euro Monatsbeitrag in vier gleich große Klassen (sehr hoch, Note 1, bis mäßig, Note 4) geteilt. Die Ränge fünf und sechs wurden somit nicht vergeben, weil ganz leistungsschwache Tarife aufgrund der Anforderung, dass neben Einbett- oder Zweibettzimmer auch Chefarztbehandlung bezahlt werden musste, gar nicht erst ins Ranking aufgenommen wurden. Tarife, die keine Alterungsrückstellungen kalkulieren, wurden als Ausreißer bei der Berechnung der Klassen nicht berücksichtigt. Die Erstattung wurde anhand einer Musterrechnung ermittelt. Die Musterrechnung sah Behandlungen in einem Krankenhaus nach Bundespflegesatzverordnung vor. Insgesamt lagen die Restkosten (Unterbringungs- und Behandlungskosten durch den Chefarzt/Spezialisten für 12 Tage im Einbett- bzw. Zweibettzimmer) bei 11.240 Euro. Einberechnet wurde für den Musterfall „Zweibettzimmer“ auch ein Krankenhausheld, wenn es für den Verzicht auf das versicherte Einbettzimmer gezahlt wurde. Zur Ermittlung der Durchschnittsnote wurden die Noten der Modellfälle gemittelt.

Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Monatsbeitrag Frau 60 Jahre	Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Monatsbeitrag Mann 30 Jahre	Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Monatsbeitrag Mann 40 Jahre	Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Monatsbeitrag Mann 50 Jahre	Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Monatsbeitrag Mann 60 Jahre	Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Durchschnittsnote	Anmerkungen	Gesamtwert
sehr hoch	53,31	sehr hoch	23,49	sehr hoch	31,73	sehr hoch	43,67	sehr hoch	59,94	sehr hoch	1,00		1. Rang
sehr hoch	57,34	sehr hoch	16,40	sehr hoch	23,00	sehr hoch	40,40	sehr hoch	66,17	sehr hoch	1,00	2)	1. Rang
sehr hoch	nicht versicherbar	entfällt	17,07	sehr hoch	17,07	sehr hoch	21,79	sehr hoch	nicht versicherbar	entfällt	1,00	2)	1. Rang
sehr hoch	53,62	sehr hoch	23,10	sehr hoch	32,60	sehr hoch	45,89	sehr hoch	62,97	sehr hoch	1,00		1. Rang
sehr hoch	nicht versicherbar	entfällt	21,09	sehr hoch	21,09	sehr hoch	33,10	sehr hoch	nicht versicherbar	entfällt	1,17	2)	1. Rang
sehr hoch	59,85	sehr hoch	26,35	sehr hoch	35,95	sehr hoch	52,73	hoch	75,30	hoch	1,25		1. Rang
sehr hoch	59,60	sehr hoch	28,95	hoch	37,53	hoch	51,18	hoch	69,98	hoch	1,63		2. Rang
sehr hoch	57,92	sehr hoch	28,24	hoch	38,49	hoch	52,79	hoch	70,90	hoch	1,75		2. Rang
hoch	68,61	hoch	32,12	hoch	40,95	hoch	56,90	hoch	79,21	hoch	2,00		2. Rang
hoch	58,55	hoch	26,35	hoch	35,09	hoch	48,26	hoch	66,15	hoch	2,00		2. Rang
hoch	58,55	hoch	26,35	hoch	35,09	hoch	48,26	hoch	66,15	hoch	2,00		2. Rang
hoch	65,84	hoch	27,02	hoch	38,72	hoch	56,07	hoch	79,95	hoch	2,00	1)	2. Rang

Monatsbeitrag Frau 30 Jahre	Monatsbeitrag Frau 40 Jahre	Monatsbeitrag Frau 50 Jahre	Monatsbeitrag Frau 60 Jahre	Monatsbeitrag Mann 30 Jahre	Monatsbeitrag Mann 40 Jahre	Monatsbeitrag Mann 50 Jahre	Monatsbeitrag Mann 60 Jahre	Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Durchschnittsnote Erstattung pro Euro Monatsbeitrag	Gesamtnote	Anmerkungen	Gesamtwert
22,62	25,23	28,89	34,15	17,88	20,76	24,31	30,66	sehr hoch	1,00	1,00	5)	1. Rang
130,63	152,52	172,34	180,78	112,21	147,61	177,82	211,17	niedrig bis sehr niedrig	5,13	2,37		2. Rang
30,46	34,56	37,48	41,88	21,37	24,52	27,79	32,14	sehr hoch bis hoch	1,63	2,54	6)	3. Rang
149,98	174,76	195,50	213,07	122,93	155,83	203,78	249,42	niedrig bis sehr niedrig	5,25	2,75		3. Rang
7,05	7,76	8,25	8,61	4,21	4,61	5,03	5,41	sehr hoch	1,00	3,33	3)	3. Rang
30,58	34,11	39,47	44,94	25,11	29,69	36,58	45,12	erhöht bis niedrig	3,75	3,58	4)	4. Rang
16,62	18,85	22,31	25,82	13,25	16,13	20,60	26,20	erhöht bis niedrig	3,63	3,87	4)	4. Rang
4,06	4,49	4,72	4,72	3,01	3,55	4,05	4,05	sehr hoch	1,00	4,00	4)	4. Rang
115,31	136,23	158,31	183,35	67,96	84,78	105,72	132,00	sehr niedrig	6,00	4,33		4. Rang
97,29	113,67	130,87	149,60	58,55	72,17	90,33	113,83	sehr niedrig	6,00	4,33	7)	4. Rang

Der Gesamtrang der ambulanten Tarife setzt sich zu gleichen Teilen aus den Bewertungen der Durchschnittsnote Erstattung pro Euro Monatsbeitrag, Anzahl Leistungsbereiche und Erstattung im Modellfall zusammen. Zur Ermittlung der Ränge wurde jeweils die Differenz zwischen höchster und niedrigster Erstattung bzw. wenigsten und meisten Leistungsbereichen in sechs gleich große Klassen geteilt. Für die Klassenbildung Erstattung pro Euro Monatsbeitrag wurden die Beiträge von Tarifen, die ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert sind, nicht berücksichtigt. Unberücksichtigt blieben auch Tarife an der Spitze des Leistungsspektrums, sofern sie in weniger als der Hälfte der 13 Bereiche der Musterrechnung leisten. Berücksichtigt wurden bei der Ermittlung der Anzahl der Leistungsbereiche nur Leistungsbereiche, in denen die Erstattung mindestens 20 Prozent der Restkosten beträgt. Die Erstattung wurde anhand einer Musterrechnung für Heilmittel (Massagen, Fango), Hilfsmittel (Rollstuhl, Hörgerät, orthopädische Schuhe), Vorsorgeuntersuchung (Mammographie/Prostata/Kardio – alles IGeL-Leistungen), Psychotherapie (ambulant nach Burn-out-Syndrom), Kur (nach Burn-out), Arznei-/Verbandmittel (Antibiotika), Brille und Heilpraktikerleistung (Hexenschussbehandlung) ermittelt. Die Musterrechnung sah Restkosten in Höhe von 8.069 Euro vor.

Anforderungen an die Tarife: Erhoben wurden private Tarife ohne Bindung an eine gesetzliche Krankenkasse mit einem Monatsbeitrag bis 300 Euro, für pflichtversicherte Männer und

Frauen. Beruf: Angestellte/r, Bürotätigkeit. Die Tarife müssen Frauen und Männer in mindestens drei der folgenden Altersstufen angeboten werden: Einstiegsalter 30, 40, 50 und 60 Jahre. Private Krankenhaustarife mussten eine Leistung für Ein- oder Zweibettzimmer aufweisen, die freie Krankenhauswahl (Mehrkostenübernahme) ermöglichen und Leistungen nach der Gebührenordnung (GOÄ) als Chefarztbehandlung erbringen. Ambulante Tarife mussten für ambulante Behandlungen leisten. Aufgenommen wurden auch Tarife, die lediglich Tagegeld oder die gesetzliche Zuzahlung bei stationärem Aufenthalt oder Kur zahlen.

Testmethode: Alle Tarife und Preise wurden der Datenbank des Freiburger Analysehaus www.kvpro.de entnommen und mit einer Musterrechnung dem Anbieter zur Verifizierung zur Verfügung gestellt. Die Musterrechnungen wurden anhand der vorliegenden Tarifbestimmungen überprüft. Berechnet und bewertet wurde die Erstattung im dritten Versicherungsjahr, in den ersten zwei Jahren wurden laut Musterrechnung keine Leistungen gegenüber der privaten Krankenversicherung geltend gemacht.

Stand: Anfang Mai 2008.

Tests und deren Ergebnisse sind urheberrechtlich geschützt. Ohne schriftliche Genehmigung des Verlages dürfen keine Nachdrucke, Kopien, Mikrofilme oder Einspielungen in elektronische Medien angefertigt und/oder verbreitet werden.