



## Extras nach Maß zum fairen Preis

### PKV-ZUSATZPOLICEN

Private Zusatzpolicen bieten Kassenpatienten Extras bei Krankenhaus oder Zahnersatz. Was bei der Tarifwahl zu beachten ist.

Die Ausstattung lässt kaum Wünsche offen: Minibar, kostenlose Zeitung, vom Bett aus bedienbare Vorhänge, bei Bedarf lässt sich auch ein Laptop ausleihen. In der Hotelklinik des Evangelischen Krankenhauses in Düsseldorf können sich Privatpatienten in neun Einzel- und drei Doppelzimmern umsorgen lassen. Kassenpatienten haben nur Zutritt, wenn sie eine private Zusatzpolice abgeschlossen haben. In den Zimmern für gesetzlich Versicherte (GKV) drängen sich in den Krankenhäusern dagegen meist drei Patienten. Für Privatsphäre bleibt wenig Platz, außerdem kommt statt dem Chef- oft der Assistenzarzt. Nicht verwunderlich, dass Kassenpatienten 5,9

Millionen Policen für private Extraleistungen im Krankenhaus abgeschlossen haben. Weitere 7,7 Millionen Policen decken ambulante Leistungen und 14,1 Millionen finanzieren Brücken, Kronen und Implantate für marode Zähne.

Im vergangenen Jahr legte die Zahl der Kassenpatienten mit Zusatzpolicen um 2,3 Prozent zu. Anders sieht es bei den Volltarifen für Privatpatienten aus. Netto hat die PKV im vergangenen Jahr Mitglieder an die GKV verloren. Grund dafür sind massive Beitragserhöhungen in den vergangenen Jahren. Die Beiträge der Zusatzpolicen haben sich dagegen kaum verändert. Marktführer Debeka meldet für das kommende Jahr in vielen Zusatztarifen sogar sinkende Prämien, weil auch die Ausgaben der Versicherung gesunken seien.

Das klingt gut, aber Zusatzpolicen sind eben kein vollwertiger Ersatz für eine private

Krankenversicherung. Mit einer Zusatzpolice haben Kassenpatienten keinen Zugang zu Privatärzten oder Privatkliniken. Kern der Gesundheitsversorgung ist immer noch der Leistungskatalog der GKV. Allerdings können sich Kassenpatienten mit den Zusatzpolicen einige Annehmlichkeiten von Privatpatienten sichern, eben das Einbettzimmer oder die Chefarztbehandlung.

Wie nah der Kassenpatienten dem Komfort eines Privatpatienten kommt, hängt vom einzelnen Tarif ab. Weil inzwischen Hunderte verschiedener Tarifkombinationen auf dem Markt sind, ist es für Versicherte kaum zu durchschauen, welches Angebot das passende ist.

Das Hamburger Unternehmen für Maklersoftware softfair analyse hat daher rund 200 private Zusatzpolicen fürs Krankenhaus und den Zahnarzt geprüft. Auf einen Vergleich der ambulanten Tarife hat softfair verzichtet, weil

**7,7**  
Milliarden Euro  
pro Jahr zahlen  
Kassenpatienten für  
Zusatzpolicen mit  
privatärztlichen  
Leistungen



## Die besten Krankenhaus-Zusatzpolice<sup>1</sup> ...

Krankenversicherer	Tarif	Betten pro Zimmer	Erstattung GKV-Eigenleistung <sup>2</sup>	Erstattung privatärztliche Leistung über dem Höchstsatz	Beitrag (pro Monat in Euro)	Leistungspunkte <sup>3</sup>	Note Preis-Leistungs-Verhältnis <sup>4</sup>
<b>... mit Altersrückstellungen</b>							
Inter	S2 B65, S2B	2	ja	ja	23,54	7	★★★★★
Inter	S1 B65, S1B	1 bis 2	ja	ja	32,95	8	★★★★★
DFV AG (Dom.)	STATIONÄR	1	ja	ja	41,74	9	★★★★
Concordia	SZ 2, SZ PLUS	2	ja	ja	38,93	7	★★★★
Univera	uni-SZ II	2	nein	ja	33,99	6	★★★★
AXA	Komfort-U	1 bis 2	nein	ja	43,79	7	★★★★
Deutscher Ring/Signal	KlinikTOP1	1 bis 2	ja	ja	50,45	8	★★★★
Barmenia	TOPS	1 bis 2	ja	ja	51,70	8	★★★★
Hallesche	CSAW.1	1	nein	ja	52,91	8	★★★★
Concordia	SZ 1, SZ Plus	1 bis 2	ja	ja	53,78	8	★★★★
<b>... ohne Altersrückstellungen</b>							
Inter	S2	2	ja	ja	16,92	7	★★★★★
AXA	Komfort Start-U	1 bis 2	nein	ja	18,22	7	★★★★★
Inter	S1	1 bis 2	ja	ja	23,72	8	★★★★★
die Bayerische	V.I.P. stat. Prestig	1	nein	ja	25,10	8	★★★★
Janitos	JA stationär plus	1 bis 2	nein	ja	24,14	7	★★★★
Barmenia	U TOPS	1 bis 2	ja	ja	28,15	8	★★★★
DKV	KS2	2	nein	ja	21,62	6	★★★★
die Bayerische	V.I.P. stat. Komfort	2	nein	ja	21,90	6	★★★★
Advigon	SG, SGZ1, SGZ2	1	nein	ja	31,52	8	★★★★
Advigon	SG, SGZ1	1	nein	nein	25,37	6	★★★★



## Die besten Zahn-Zusatzpolice<sup>1</sup> ...

Krankenversicherer	Tarif	Erstattungssatz (in Prozent) <sup>5</sup>		Umfassende Leistungen für Implantate	Beitrag (pro Monat in Euro)	Leistungspunkte <sup>6</sup>	Note Preis-Leistungs-Verhältnis <sup>4</sup>
		erstatteter Anteil am GKV-Niveau	erstatteter Anteil an den übrigen Kosten				
<b>... mit Altersrückstellungen</b>							
Württembergische	ZGU30	30	30	ja	8,81	9	★★★★★
Central	vitaZ3U	50	70	ja	11,15	10	★★★★★
LVM <sup>7</sup>	ZG 30	30	30	nein	12,88	9	★★★★
Allianz	ZP02	50	70	ja	14,75	10	★★★★
Württembergische	ZGU50	30	50	ja	17,00	10	★★★★
SDK	ZG 20, ZGB	20	20	nein	15,35	9	★★★★
R + V	Zahn comfort (Z2U)	50	70	ja	17,88	10	★★★★
Arag	Z 70	20	70	ja	16,71	9	★★★★
Hallesche	Biss.80	50	80	nein	20,61	11	★★★★
Central	vita Z2U	50	80	ja	24,63	13	★★★★
<b>... ohne Altersrückstellungen</b>							
Münchener Verein	570 DZV Zahnersatz	50	75	ja	7,00	9	★★★★★
Deutscher Ring/Signal	ZahnBASISpur	50	50	ja	8,79	11	★★★★★
DKV	KombiMed KDT50	50	50	ja	7,29	9	★★★★★
Deutscher Ring/Signal	ZahnSTARTpur	50	50	ja	10,72	12	★★★★
Inter	Z80	50	65	ja	9,87	10	★★★★
Barmenia <sup>7</sup>	AZ+	35	35	ja	8,96	9	★★★★
Münchener Verein	571 DZV Zahnersatz	50	90	ja	11,50	10	★★★★
Gothaer	Medi Pr. Basis, MediZ B.	50	50	nein	12,92	11	★★★★
AXA	DENT Komfort-U	50	75	ja	14,71	12	★★★★
Janitos	JA dental	50	60	ja	12,48	10	★★★★

<sup>1</sup> 40-jähriger Versicherter, kein Kündigungsrecht des Versicherers, Leistungen bis Höchstsatz, Zahnersatz wird über Kassenleistung hinaus erstattet; <sup>2</sup> zehn Euro pro Tag; <sup>3</sup> nur Tarife mit mindestens 6 von maximal 9 Punkten; <sup>4</sup> Leistungen gehen zu 70 Prozent, Höhe des Beitrags zu 30 Prozent ein; <sup>5</sup> PKV stockt den Anteil der GKV am Kassenmodell für Zahnersatz um den aufgeführten Prozentsatz auf (30 Prozent = 50 Prozent von der Kasse + 30 Prozent von der PKV, zusammen 80 Prozent) und zahlt für Leistungen, die von der GKV nicht abgedeckt werden; <sup>6</sup> nur Tarife mit mindestens 9 von maximal 13 Punkten; <sup>7</sup> Kassenleistung wird nicht angerechnet; **Quelle:** softfair analyse; Stand: November 2015



## Mit Zusatzpolicen haben Kassenpatienten Zugang zu den Privatabteilungen der Krankenhäuser

sie gegenüber dem GKV-Leistungskatalog wenig sinnvolle Extras bieten und so unterschiedlich gestrickt sind, dass sie sich kaum seriös gegenüberstellen lassen.

### Vorerkrankungen: Ehrlich ist besser

Kassenpatienten, die überlegen, sich eine Zusatzpolice zulegen, sollten wissen, dass sie gegenüber dem privaten Krankenversicherer ihre Vorerkrankungen offenlegen müssen. Im Versicherungsdeutsch heißt das vorvertragliche Anzeigepflicht. Wer diese Pflicht verletzt, riskiert seinen Versicherungsschutz. Im schlimmsten Fall müssen die Versicherten bereits erhaltene Leistungen zurückzahlen.

„Wer sich zusätzlich privat versichern will, sollte sich von seinen behandelnden Ärzten einen Auszug aus der Krankenakte besorgen“, empfiehlt Roland Harstorff, unabhängiger Versicherungsberater aus Norderstedt. Ärzte erstellen diese Auszüge gegen eine geringe Gebühr. Erst wenn zwischen Vertragsschluss und der Vorerkrankung mehr als zehn Jahre liegen, darf der Versicherer die Police nicht rückabwickeln.

Softfair hat bei seiner Analyse nur Tarife in die engere Wahl gelassen, bei denen der Versicherer in den ersten drei Jahren nach Vertragsschluss auf eine einseitige ordentliche Kündigung verzichtet. Anders als in der GKV hat der Kassenpatient mit der Zusatzpolice beim privaten Versicherer keinen unbegrenzten Vertrag. Wird dem Versicherer der Kunde zu teuer, kann er die Police kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende des Versicherungsjahrs.

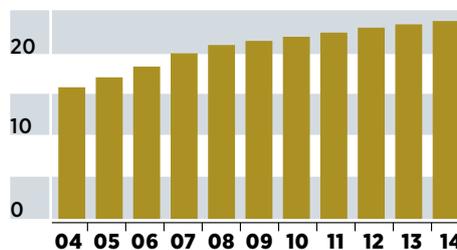
### Krankenhaus: Wenn der Chefarzt klingelt

Softfair hat die Tarife für Zusatzleistungen im Krankenhaus nach acht Kriterien bewertet (siehe Tabelle Seite 74). Zu den wichtigsten Kriterien gehören:

■ **Arzthonorare:** Ärzte rechnen private Leistungen nach der Gebührenordnung für die PKV ab. Standard ist der 2,3-fache Gebührensatz. Wenn der Arzt dies schriftlich begründet, kann er auch den 3,5-fachen Gebührensatz abrechnen, beispielsweise für aufwendige Operationen. Eine Krankenhauspolice sollte bis zum Höchstsatz Kosten erstatten. Teure Spezialisten rechnen teilweise über dem Höchstsatz ab. Dafür müssen sie mit dem Patienten eine Honorarvereinbarung abschließen und auf den höheren

### Beliebte Extras

Zahl der privaten Zusatzversicherungen für Kassenpatienten (in Millionen)



Quelle: PKV-Verband

Gebührensatz hinweisen. Wer ganz auf Nummer sicher gehen will, kann auch Rechnungen über dem Höchstsatz absichern. Die Zusatzpolicen mit der Höchstwertung fünf Sterne erstatten auch Kosten, die über dem Höchstsatz liegen.

■ **Freie Krankenhauswahl:** Kassenpatienten werden in der Regel in das nächste Krankenhaus mit entsprechender Abteilung überwiesen. Nicht immer ist das auch das beste auf seinem Fachgebiet. Versicherte sollten daher darauf achten, dass sie sich ihr Klinikum selbst aussuchen können. Wer auch bei kurzen Aufenthalten im Krankenhaus wie ein Privatpatient behandelt werden will, sollte ins Kleingedruckte schauen. Nicht alle Tarife decken auch ambulante Behandlungen im Hospital ab. Bei den Tarifen S2 von Inter und KlinikTop1 von Deutscher Ring sind sie inklusive.

### Zahnzusatz: Krone abgedeckt

Die GKV zahlt zum medizinisch notwendigen Zahnersatz einen Festzuschuss. Was medizinisch notwendig ist, steht in einem Zuschusskatalog mit etwa 50 verschiedenen Mustern. Der Zuschuss deckt 50 Prozent der Kosten dieses Musterfalls ab. Nicht abgedeckt von der GKV ist beispielsweise die Keramikabdeckung einer Krone. Ebenfalls außen vor bleibt der Teil eines Zahnimplantats, das im Kiefer steckt. Für den Zahnersatz im Implantat zahlt die Kasse einen Zuschuss. Den Rest zahlt der Patient.

In solchen Fällen greift die private Zahnzusatzversicherung. Sie deckt Leistungen ab, für die die GKV gar nicht oder nur einen Teil zahlt. „Um den Kassenpatienten spürbar finanziell zu entlasten, sollten solche Zusatzpolicen mindestens 80 Prozent der Kosten tragen, die die gesetzliche Krankenkasse nicht zahlt“, sagt Bianca Boss vom Bund der Versicherten.

Eine hohe Kostenübernahme hat allerdings auch ihren Preis. Der Tarif Biss.80 der Halleischen etwa deckt 80 Prozent der privatärztlichen Leistung ab, kostet aber pro Monat 20,61 Euro. Im Tarif vitaZ3U der Central zahlen Versicherte dagegen nur 11,15 Euro für 70 Prozent Kostenübernahme.

Eine Zahnzusatzpolice eignet sich nicht für jeden. Wer etwa Wert auf Kostenübernahme für Implantate legt, sollte sich vorher bei seinem Zahnarzt informieren. Nicht jeder Kiefer ist geeignet, Implantate aufzunehmen. Eine Versicherung, die für etwas zahlt, was der Versicherte ohnehin nicht in Anspruch nehmen kann, wäre überflüssig.

[martin.gerth@wiwo.de](mailto:martin.gerth@wiwo.de)

haben sie etwa 200 Milliarden Euro zurückgelegt.

Nicht jeder Krankenversicherer ist gleichermaßen in der Lage, Rückstellungen zu bilden und die Beiträge auch für ältere Versicherte stabil zu halten. Wer eine private Krankenversicherung abschließt, bindet sich in der Regel ein Leben lang an einen Anbieter. Meist lohnt sich ein Wechsel des Anbieters nicht, weil die Versicherten dann Rückstellungen, die die Beitragszuwächse im Alter klein halten sollen, verlieren. Umso wichtiger ist die Wahl des Versicherers.

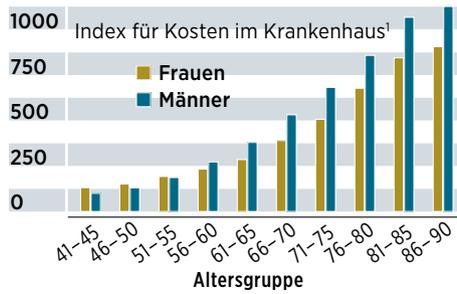
Das Maklersoftware-Unternehmen softfair analyse hat die Finanzen der deutschen Krankenversicherer unter die Lupe genommen. Dabei wurden insgesamt zehn Kennzahlen aus den Geschäftsberichten geprüft und zu einem Rating zusammen gefasst (siehe Tabelle).

Finanziell am besten aufgestellt ist die Alte Oldenburger. Zwar ist sie nur bei wenigen Kennzahlen, beispielsweise beim Wachstum von Neukunden, Klassenbeste, hat dafür aber auch keine Schwachstellen. Wegen der Finanzstärke der Oldenburger zählen die Tarife zu den stabilsten in der Branche. Grundsätzlich lässt sich ein finanzstarker Krankenversicherer vor allem an zwei Kriterien festmachen:

■ **Hohe Reserven:** Die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) sind der wichtigste Finanztopf der Krankenversicherer, um künftige Beiträge stabil zu halten. „Je höher die Rückstellungen im Vergleich zu den Beitragseinnahmen sind, desto mehr fi-

**Kosten verzehnfacht**

Mit zunehmendem Alter steigen die Kosten von Privatpatienten im Krankenhaus



<sup>1</sup>Index = 100 ist auf die Krankenhauskosten von 41- bis 45-jährigen Männern normiert; **Quelle:** PKV-Verband

nanziellen Spielraum hat der Versicherer“, sagt Christoph Dittrich, Geschäftsführer softfair analyse. Die Alte Oldenburger hat eine RfB-Quote von 48 Prozent. Etwa 90 Prozent der in diesem Finanztopf angesammelten Mittel kommen den Versicherten über niedrigere Beiträge zugute.

■ **Effizienz:** Wie effizient ein Versicherer ist, hängt davon ab, wie viel von den Beiträgen übrig bleibt, wenn medizinische Leistungen plus die Ausgaben für Verwaltung und Vertrieb sowie die Alterungsrückstellungen abgezogen werden. Dieser Überschuss wird ins Verhältnis zu den Beiträgen gesetzt. Dabei kommt eine Quote heraus, die im Fachjargon „versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote“ heißt. Ist diese Quote zu niedrig, laufen dem Versicherer die Kosten aus dem

Ruder. Liegt die Quote zu hoch, gibt er zu wenig vom Überschuss über niedrigere Beiträge weiter. Quoten um die 15 Prozent gelten als ideal, über 20 Prozent als überhöht. Besonders effizient ist etwa die DEVK. Sie erzielt bei Beitragseinnahmen von 69,6 Millionen Euro ein Ergebnis aus dem Versicherungsgeschäft von zwölf Millionen Euro. Das entspricht einer Quote von 17 Prozent. Die niedriger bewertete Signal hat nur eine Quote von zwölf Prozent.

**Moralisches Risiko**

Versicherer wie die Alte Oldenburger verhindern mit stabilen Beiträgen auch eine Risikoauslese innerhalb ihrer Versicherten durch den Wechsel des Tarifs. Im Schnitt wechseln pro Jahr sieben Prozent der Versicherten ihren Tarif. Mit dem Wechsel ändern sich auch die Altersstruktur und das durchschnittliche Krankheitsrisiko innerhalb des Tarifs. Das hat Auswirkungen auf die künftige Beitragsentwicklung.

Insbesondere leistungsstarke Tarife werden für viele ältere Versicherte im Alter kaum noch finanziell tragbar, wenn der Versicherer den Tarif auf Kante genäht hat und über zu wenig finanzielle Reserven verfügt, um die Beiträge stabil zu halten. Wer aufgrund seines guten Gesundheitszustands keine überdurchschnittlichen Kosten beim ambulanten Arzt oder im Krankenhaus fürchten muss, wechselt in einen kostengünstigeren Tarif mit weniger Leistungen. Für gesundheitlich angeschlagene Versicherte ist das keine Alternative, weil sie auf hohe Leistungen angewiesen sind. Anderenfalls müssten sie einen größeren Teil der Arztkosten aus eigener Tasche zahlen.

Weil Gesunde den Tarif verlassen und Kranke drin bleiben, steigen die Prämien überdurchschnittlich stark an. Für die Betroffenen ist es dann kein Trost, dass die Beiträge für die Tarife ihres Versicherers im Schnitt nur wenig steigen.

**Krisenfest**

Private Krankenversicherer, die finanziell am besten gerüstet sind

Krankenversicherer	Rating Krankenversicherer <sup>1</sup>	Punkte für wichtige Rating-Kennzahlen				Wachstum Vollversicherte <sup>5</sup>
		Eigenkapitalquote	Verhältnis Rückstellungen zu Beitragseinnahmen (RfB-Quote) <sup>2</sup>	Ergebnisquote aus dem Versicherungsgeschäft <sup>3</sup>	Nettoverzinsung der Kapitalanlagen <sup>4</sup>	
Alte Oldenburger	★★★★★	268	391	485	440	100
Deutscher Ring	★★★★★	300	372	500	500	98
DEVK	★★★★	300	171	500	500	93
Hallesche	★★★	292	250	446	346	86
LVM	★★★	36	400	407	500	100
Provinzial Hannover	★★★	300	400	400	448	97
Inter	★★★	300	400	327	465	68
Mecklenburgische	★★★	300	400	400	296	100
Signal	★★★	300	400	264	500	96

<sup>1</sup> Softfair hat analysiert, inwieweit die Versicherer aufgrund ihrer Finanzkraft die Beiträge auch in Zukunft bezahlbar halten können, basierend auf zehn Kennzahlen aus den Geschäftsberichten der Unternehmen, Höchstpunktzahl grün markiert; <sup>2</sup> je höher die Quote, desto leichter fällt es dem Versicherer, Beitragserhöhungen klein zu halten; <sup>3</sup> Anteil der Beitragseinnahmen, der nach Abzug der Kosten für medizinische Leistungen und Verwaltung übrig bleibt; <sup>4</sup> misst, wie gut der Versicherer das Geld der Kunden anlegt; <sup>5</sup> damit Einnahmen und Ausgaben in einem guten Verhältnis stehen, ist der Versicherer auf einen stetigen Zustrom von Neukunden angewiesen; **Quelle:** softfair analyse

**Auch gesetzliche Kassen packen drauf**

Demografie und medizinischer Fortschritt plagen nicht nur die private Krankenversicherung. Auch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ächzen unter den Kosten. So stiegen die Ausgaben der GKV 2014 von 183 auf 194 Milliarden Euro, plus sechs Prozent. Prompt sollen 2016 die Zusatzbeiträge der GKV steigen. Im Schnitt müssten Versicherte dann durchschnittlich 15,7 Prozent zahlen. Anders als in der PKV haben Kassenpatienten jedoch keinen Einfluss darauf, welche Leistungen sie bekommen.

[martin.gerth@wiwo.de](mailto:martin.gerth@wiwo.de)