

Produkttrating Private Krankenzusatzversicherung

Bewertungsgrundlagen

Stand Mai 2015

Wissen, was zählt

Inhalt

I	Editorial.....	3
II.	Bewertungsgrundsätze.....	5
III.	Rating-Systematik.....	7
IV.	Rating-Systematik im Überblick.....	14
V.	Ratingkriterien.....	16
	KV-Zusatz - Zahnersatz.....	16
	KV-Zusatz - Zahnbehandlung.....	17
	KV-Zusatz - Stationär.....	17
	KV-Zusatz - Sehhilfen.....	18
	KV-Zusatz - Naturheilverfahren.....	18
	KV-Zusatz - Vorsorge.....	19

I. Editorial

Krankenzusatzversicherungen – Ergänzendes Gesundheitsschutz mit wachsender Bedeutung

Während die Private Krankenvollversicherung geschwächt durch Unisex-Umstellung, Bürgerversicherungsdiskussion und Provisionsdeckelung in ihrer Entwicklung stagniert, kommt der Krankenzusatzversicherung für die Unternehmen eine immer wichtigere Rolle zu. Viele Versicherer verzeichnen ein Wachstum zurzeit nur noch im Bereich der Ergänzungsversicherungen für gesetzlich Krankenversicherte.

Und obwohl die letzten Kürzungen im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schon Jahre zurückliegen und die GKV momentan aufgrund der guten wirtschaftlichen Lage sehr stabil erscheint, ist das Interesse vieler Menschen an einer ergänzenden privaten Gesundheitsversorgung weiterhin groß.

Besonders hoch im Kurs stehen dabei seit Jahren Zahnzusatzversicherungen, denn in diesem Bereich sind die Eigenbeteiligungen für gesetzlich Versicherte besonders spürbar. Hinzu kommt der Trend zur besonderen Zahnprophylaxe in Form der professionellen Zahnreinigung was zusammengenommen zu einer gestiegenen Investitionsbereitschaft in eine qualitativ hochwertige Versicherungslösung geführt hat.

Da sich die Lücken im Versicherungsschutz der GKV seit Jahren nahezu unverändert zeigen (im Gegenteil wurde die Praxisgebühr sogar wieder abgeschafft), gibt es insgesamt wenige Ansatzpunkte für Produktinnovationen. An einigen Stellen wurde das Angebot erweitert, z.B. durch die Hinzunahme von Lasik-Operationen in den Leistungskatalog von ambulanten Zusatzversicherungen. An anderen Stellen beobachten wir als entgegengesetzten Trend den Versuch, mit günstigen Ausschnittsdeckungen zu punkten, wie z.B. mit stationären Zusatzversicherungen, die nur bei Unfällen oder schweren Erkrankungen leisten.

Ein erfolgversprechendes Gebiet wäre eine weitergehende Absicherung von Vorsorge- bzw. IGEL-Leistungen im ambulanten Bereich, allerdings führt die zu erwartende hohe Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme ohne ausreichende Möglichkeit der Risikostreuung in der Regel zu entsprechend hohen und daher unattraktiven Versicherungsprämien. Die Entwicklungsmöglichkeiten für neue Produkte sind also auch hier begrenzt.

Unser modifizierter Rating-Ansatz folgt dem Interesse des Kunden nach einer zielgerichteten Absicherung einzelner Versorgungsbe-
reiche – also z.B. Sehhilfen oder Naturheilverfahren, auch wenn im ambulanten Bereich von Seiten der Versicherer häufig Deckungen im Paket angeboten werden. Wie bisher erfolgt ein Ausweis von Teilratings für die wichtigsten Deckungsbereiche der privaten Krankenzusatzversicherungen. Eine Zusammenführung in ein Gesamtrating sehen wir aufgrund der unterschiedlichen Kundeninteressen als nicht zielführend an. Mit Hilfe des modularen Ratingaufbaus kann sich jeder Verbraucher nach eigenem Bedarf über die gewünschten Teilqualitäten informieren und geeignete Tarife zusammen stellen.



Michael Franke und Katrin Bornberg, die Geschäftsführer der Franke und Bornberg GmbH.

Die Analyse erfolgt in folgenden Leistungsbereichen:

> **1. Zahnersatz**

Maßgeblich ist unter anderem die Höhe der Leistungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung und darüber hinaus, für Implantate, Inlays und Prothesen sowie für augmentative Behandlungen, also Maßnahmen zum Aufbau von Knochenmasse. Geprüft wird auch, ob Leistungen gekürzt werden, wenn keine Vorleistung durch die GKV erbracht wird (z. B. bei Inanspruchnahme von Ärzten ohne Kassenzulassung) sowie die Staffelung von Höchstbeträgen für Zahnersatz in den ersten sechs Versicherungsjahren.

> **2. Zahnbehandlung**

Untersucht werden unter anderem die Erstattungshöhen für Zahnbehandlung, Prophylaxe (professionelle Zahnreinigung) sowie für besondere Behandlungsarten, für die die gesetzlichen Krankenkassen nur zum Teil oder gar nicht aufkommen.

> **3. Stationäre Leistungen**

Hier geht es unter anderem um die Erstattungshöhe für ärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung), vor- und nachstationäre Behandlung, Leistungen für das Ein- oder Zweibettzimmer und die freie Krankenhauswahl.

> **4. Sehhilfen**

Welche Summe zahlt der Versicherer für Gläser, Fassungen oder Kontaktlinsen und wie ist der Zeitraum der Erstattung für Sehhilfen definiert?

> **5. Naturheilverfahren**

Bei Heilpraktikerleistungen sowie Naturheilverfahren durch Ärzte untersucht Franke und Bornberg, welche alternativen Heilmethoden der Versicherer abdeckt und wie hoch sein jeweiliger Erstattungsprozentsatz ist.

> **6. Vorsorge**

Geprüft wird, welche Vorsorgeuntersuchungen bezahlt werden und in welcher Höhe sowie welche Schutzimpfungen versichert sind und wie viel der Versicherer jeweils dafür erstattet.

Tarife, die Leistungen nur aufgrund eines Unfalles oder schweren Erkrankungen vorsehen, werden nicht geratet.

II. Bewertungsgrundsätze

Faktengesicherte Bewertung ausschließlich auf Basis eigener Recherche

Wir verlassen uns weder auf Selbstauskünfte der Versicherungsgesellschaften, noch erheben wir Daten per Fragebogen, die wir nicht überprüfen können.

Bewertung ausschließlich auf Basis rechtsverbindlicher Angaben

Als Quellen für dieses Produktrating nutzen wir ausschließlich die Versicherungsbedingungen sowie gegebenenfalls verbindliche Verbraucherinformationen, Antragsformulare, den Versicherungsschein und Geschäftsberichte. Unberücksichtigt bleiben geschäftsplanmäßige oder sonstige Erklärungen/Auslegungen der Versicherer, Selbstauskünfte sowie werbliche Veröffentlichungen.

Detaillierte, kontextbezogene Gesamtprüfung der Versicherungsbedingungen

Die qualifizierte Analyse von Versicherungsbedingungen, die ja oft in komplexer Weise Bezug aufeinander nehmen, ist nur im Kontext möglich; isolierte oder lediglich Teilprüfungen verhindern schlüssige Gesamtaussagen über das jeweilige Produkt. Da wir grundsätzlich immer eine Gesamtprüfung durchführen, bieten wir den Versicherungsunternehmen auch keine Möglichkeit, an »versteckter Stelle« Regelungen zu platzieren, die das Bewertungsergebnis ad absurdum führen können.

Bewertung ausschließlich auf Basis der für alle Versicherten relevanten Kriterien

Wir bewerten grundsätzlich vor einem möglichst breiten Hintergrund, prüfen also im Rahmen dieses Produktratings nicht die Eignung des Produkts für spezielle (berufliche) Situationen. Nur bei entsprechendem Hinweis kommen zielgruppenspezifische Beurteilungen zum Tragen.

Transparenz

Wir bewerten positiv, wenn die Bedingungen dem Sachverhalt angemessen möglichst so formuliert sind, dass sie auch für den juristischen Laien verständlich sind. Transparente Formulierungen gestatten es dem Versicherten, sich im Streitfall ein besseres Bild über seine Chancen bei einem Gerichtsverfahren zu machen; ebenso können sie die Kalkulationssicherheit des Versicherers fördern. Denn erfahrungsgemäß entscheiden die Gerichte im Zweifelsfall für die für den Versicherten günstigere Auslegungsalternative, egal, ob der Versicherer diese Interpretation bei der Produktkalkulation berücksichtigt hat.

Objektive Auslegung; im Zweifel zugunsten der Versicherten

Viele Bedingungsformulierungen sind keineswegs eindeutig, was nicht im Interesse des Versicherten sein kann. Ohne Rücksicht auf § 305c Abs. 2 BGB (Mehrdeutigkeit) bewerten wir zum Schutz des Verbrauchers stets die für den potentiellen Kunden ungünstigste Auslegung des Bedingungstextes, unabhängig von der möglicherweise vom Anbieter intendierten Auslegung.

Keine Berücksichtigung potenziell steuerschädlicher Regelungen/ Produktmerkmale

Regelungen zu steuerrechtlich regulierten Produktmerkmalen berücksichtigen wir nur insoweit, als diese nach aktueller Steuergesetzgebung steuerunschädlich sind. Hier greift eine vergleichbare Argumentation wie beim Grundsatz »Keine positive Wertung für (potenziell) kollektivschädliche Produktmerkmale«.

Negative Bewertung bei fehlenden Regelungen

Wir bewerten konsequent negativ, wenn im Sinne des Transparenzgebotes relevante Regelungen fehlen. Bei der entsprechenden Prüfung untersuchen wir zunächst, ob anstelle der fehlenden Regelung eine andere – gesetzliche – Bestimmung auf den Vertrag anwendbar ist; gegebenenfalls ermitteln wir im Wege der Auslegung, welchen Regelungszweck und welche

Schutzrichtung die gesetzliche Regelung anstrebt. Beachtet werden muss außerdem, dass auch der Grundsatz von Treu und Glauben ergänzende Leistungen oder Verhaltenspflichten für den Kunden schaffen kann, unabhängig davon, ob bedingungsseitig Ausführungen vorgesehen sind – so etwa die Mitwirkungspflichten im Leistungsfall.

Keine positive Wertung für kollektivschädliche Produktmerkmale

Entscheidend für die Qualität des Versicherungsschutzes ist immer auch die dauerhafte Erfüllbarkeit der Leistungsversprechen. Diese Erfüllbarkeit kann bei fehlerhafter oder nach kurzfristigen Vertriebsinteressen ausgerichteter Produktgestaltung mittel bis langfristig gefährdet sein. Die Folge ist dann zwangsläufig eine negative Leistungspraxis als Korrektiv einer nicht angemessenen Risikokalkulation. Wir bewerten nicht oder nur schwer kalkulierbare sowie ausschließlich für einzelne Versicherte nützliche Regelungen/ Leistungsmerkmale grundsätzlich nicht positiv, wenn dadurch der Versicherungsschutz für das Kollektiv der Versicherten in Gefahr geraten kann.

Keine Bewertung der Regulierungspraxis

Im Rahmen des Produktratings bewerten wir den Anspruch auf versicherte Leistungen, nicht die Regulierungspraxis.

Allgemeiner Hinweis

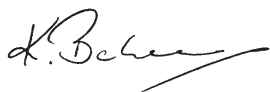
Das Fundament der Bewertungen bilden sorgfältige Überlegungen, die höchsten Qualitätsmaßstäben genügen, aber als subjektive Experteneinschätzungen nicht in jedem Fall objektivierbar sind. Die Bewertungen fließen in ein von Franke und Bornberg entwickeltes Punktesystem mit Gewichtungsfaktoren ein. Auch professionelle Einschätzungen und Entscheidungen können nicht jedem Einzelfall gerecht werden. Die Bewertungen von Franke und Bornberg können eine individuelle Beratung und Prüfung auf Eignung des Versicherungsprodukts/ der Versicherungsgesellschaft für die spezielle Kundensituation nicht ersetzen.

Verhaltenskodex

Franke und Bornberg vermeidet Interessenskonflikte. Keinem unserer Mitarbeiter ist es gestattet, Versicherungen zu vermitteln oder an einem Vermittlungsunternehmen beteiligt zu sein. Das gilt gleichermaßen für das Unternehmen Franke und Bornberg und dessen Gesellschafter. Wir bieten zudem keine Beratung zur Produktentwicklung an, da wir nicht das Ergebnis eigener Arbeit bewerten wollen.



Michael Franke



Katrin Bornberg

III. Rating-Systematik

Wir haben die aktuell am Markt präsenten Produkte untersucht, einer umfassenden Analyse unterzogen und so einen qualifizierten Überblick gewonnen, welche Regelungen in welchen Ausprägungen/Varianten vorliegen. Nach Abschluss dieser Bestandsaufnahme unterziehen wir die vorgefundenen Regelungen einem Benchmarking im Rahmen einer Skala von Null bis 100 (= die aus Versicherungssicht günstigste Regelung, die aktuell am Markt angeboten wird). Dass dieser Bestwert niemals an Regelungen vergeben wird, die auf Dauer kollektivschädigend sind oder zu Lasten der Versichertengemeinschaft nur für einzelne Versicherte vorteilhaft sind, ergibt sich aus unseren Bewertungsgrundsätzen. Einen Abzug nehmen wir bei kollektivschädigenden Regelungen jedoch nicht vor, wir verzichten vielmehr auf eine Bewertung.

Formelbasierte Ermittlung der echten Leistungsstärke eines Tarifes

In der Krankenzusatzversicherung ist der Erstattungsanspruch des Versicherten häufig als prozentualer Anteil vom Rechnungsbetrag festgelegt und zusätzlich durch jährliche Höchstbeträge begrenzt. Somit ist die Höhe und Wertigkeit des Leistungsversprechens anhängig von dem jeweiligen Rechnungsbetrag. Zu beobachten sind zudem marktweit verschiedenste Konstellationen aus Erstattungsprozentsätzen und Höchstbeträgen.

Um das Leistungsversprechen möglichst unabhängig von speziellen Rechnungsbeträgen bewerten zu können, greifen wir für Kriterien, die die Höhe der Leistung beschreiben, in der Regel zu einem Simulationsmodell. Dabei werden für verschiedene Rechnungsbeträge je Detailkriterium die Erstattungsbeträge ermittelt. Aus den errechneten Erstattungsbeträgen wird der Durchschnitt gebildet. Die Bewertungspunktzahl ermittelt sich aus diesem Durchschnittswert in Relation zum durchschnittlichen Rechnungsbetrag.

Gewichtung

Es liegt auf der Hand, dass die einzelnen Regelungen eines komplexen Bedingungswerks unterschiedlichen Stellenwert haben: Die einen beziehen sich auf eher marginale, die anderen auf ganz zentrale Sachverhalte (Beispiel: Bestehen von Leistungspflicht). Daher ist es unabdingbar, Gewichtungsfaktoren einzuführen, die sicher stellen, dass gute Ergebnisse bei weniger bedeutsamen Kriterien nicht Defizite bei Kriterien überstrahlen, die für den Versicherten von besonderem Belang sind.

Ratingklassen

Nach Durchlauf des gesamten Bewertungsverfahrens ergibt sich für jedes Produkt eine Gesamtpunktzahl und damit die Zuordnung in die entsprechende Ratingklasse (acht Klassen von FFF/hervorragend bis F--/sehr schwach). Die Klassen sind in ihrer Bandbreite so bemessen, dass geringfügige, für die Praxis unerhebliche Punktunterschiede nicht zur Einstufung in eine andere Klasse führen. Zusätzlich werden Mindeststandards berücksichtigt.

Die Ratingklassen von Franke und Bornberg	
FFF	hervorragend
FF+	sehr gut
FF	gut
FF-	befriedigend
F+	noch befriedigend
F	ausreichend
F-	schwach
F--	sehr schwach

Mindeststandards

Ein Punktesystem mit Gewichtungsfaktoren ermöglicht verlässliche Aussagen über die durchschnittliche Qualität des jeweiligen Versicherungsprodukts, reicht aber allein noch nicht aus, um produktspezifische Besonderheiten in den Regelungen genügend prägnant heraus zu modellieren. Wir haben deshalb in unsern Bewertungsverfahren zusätzliche Mindeststandards für die beiden höchsten Ratingklassen FF+ und FFF eingeführt.

Das Prinzip dabei: Unabhängig von der erreichten Gesamtpunktzahl wird ein Produkt stets dann eine Ratingklasse niedriger (FF statt FF+; FF+ statt FFF) eingestuft, wenn der Mindeststandard der jeweils höheren Klasse nicht erreicht wird. Sollte die erforderliche Punktzahl für eine Klasse erreicht werden, aber nicht der Mindeststandard der darunter liegenden Klasse, ergibt sich eine Abstufung um zwei Bewertungsklassen. (Beispiel: Wurde zwar die Punktzahl für FFF erreicht, nicht aber der Mindeststandard für FFF bzw. FF+, so ergibt sich die Wertung FF).

Damit ist sichergestellt, dass in den höheren Bewertungsklassen bewertete Produkte in allen Bewertungskategorien durchgängig überdurchschnittlich hohe Qualität aufweisen und überdies Mindestanforderungen in besonders wichtigen Kriterien erfüllen. Nachfolgend Anmerkungen zu einigen besonderen Mindeststandards:

Teilbereiche Rating Krankenzusatzversicherung

Für den Bereich Krankenzusatzversicherung erfolgt eine Bewertung der verschiedenen Marktsegmente. Somit erfolgt eine bedarfsorientierte Betrachtung. Für folgende Teilbereiche wird ein eigenständiges Rating vorgenommen:

- > Zahnersatz
- > Zahnbehandlung
- > Stationäre Leistungen
- > Sehhilfen
- > Naturheilverfahren
- > Vorsorge

Systematik

Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Zahnersatz FFF

Leistung für augmentative Behandlung
> grundsätzlich versichert

Leistung für Prothetik
> Erstattung mindestens für prothetische Leistungen, Kronen und Brücken

Leistung für Implantate
> mindestens 6 pro Kiefer

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ
> Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz der GOZ

Erstattungsprozentsatz für Leistungen im Rahmen der Regelversorgung
> 100%ige Erstattung

Erstattungsprozentsatz für Leistungen über Regelversorgung hinaus
> mindestens 65% des Rechnungsbetrages oder 80% inklusive Vorleistung der GKV

Erstattungsprozentsatz für Inlays
> grundsätzlich versichert

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung
> Verzicht.

Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Zahnersatz FF+

Leistung für augmentative Behandlung
> grundsätzlich versichert

Leistung für Prothetik
> Erstattung mindestens für prothetische Leistungen, Kronen und Brücken

Leistung für Implantate
> mindestens 4 pro Kiefer

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ
> Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz der GOZ

Erstattungsprozentsatz für Leistungen über Regelversorgung hinaus
> mindestens 50% des Rechnungsbetrages oder 65% inklusive Vorleistung der GKV

Erstattungsprozentsatz für Inlays
> grundsätzlich versichert

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung
> Verzicht.

**Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Zahnbehandlung
FFF**

Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung ohne Vorleistung GKV

> Erstattung mindestens 85%

Leistung für Kompositfüllungen

> grundsätzlich versichert

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ

> Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz der GOZ

Leistung für Wurzelbehandlung

> grundsätzlich versichert

Leistung für Parodontosebehandlung

> grundsätzlich versichert

Erstattung für professionelle Zahnreinigung (ohne Vorleistung GKV)

> Erstattung von mindestens 100 € pro Jahr

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

> Verzicht.

**Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Zahnbehandlung
FF+**

Leistung für Kompositfüllungen

> grundsätzlich versichert

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ

> Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz der GOZ

Leistung für Wurzelbehandlung

> grundsätzlich versichert

Leistung für Parodontosebehandlung

> grundsätzlich versichert

Erstattung für professionelle Zahnreinigung (ohne Vorleistung GKV)

> grundsätzlich versichert

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

> Verzicht.

**Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz stationär
FFF**

Erstattungsprozentsatz für Mehrkosten bei freier Krankenhauswahl

> 100%ige Erstattung

Erstattungsprozentsatz für die Unterbringung im Einbettzimmer

> Leistung für Unterbringung im Einbettzimmer

Erstattung von Aufwendungen in Heilstätten/gemischten Anstalten

> Verzicht auf eine vorherige schriftliche Zusage unter bestimmten Voraussetzungen

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ – stationär

> Leistung unter bestimmten Voraussetzungen auch über die Höchstsätze hinaus

Leistung bei nachstationärer Behandlung – KV

> Mindestanspruch: 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung

Leistung bei vorstationärer Behandlung – KV

> Mindestanspruch: 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der Krankenhausbehandlung

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

> Verzicht.

**Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz stationär
FF+**

Erstattungsprozentsatz für Mehrkosten bei freier Krankenhauswahl

> 100%ige Erstattung

Erstattung von Aufwendungen in Heilstätten/gemischten Anstalten

> Verzicht auf eine vorherige schriftliche Zusage unter bestimmten Voraussetzungen

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ – stationär

> Leistung unter bestimmten Voraussetzungen auch über die Höchstsätze hinaus

Leistung bei nachstationärer Behandlung – KV

> Mindestanspruch: 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung

Leistung bei vorstationärer Behandlung – KV

> Mindestanspruch: 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der Krankenhausbehandlung

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

> Verzicht.

Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Sehhilfen

FFF

Leistung für Brillengläser ohne Vorleistung

> Erstattung von mindestens 350 € innerhalb von zwei Jahren

Leistung für Kontaktlinsen ohne Vorleistung

> Erstattung von mindestens 350 € innerhalb von zwei Jahren

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

> Verzicht.

Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Sehhilfen

FF+

Leistung für Brillengläser ohne Vorleistung

> Erstattung von mindestens 300 € innerhalb von zwei Jahren

Leistung für Kontaktlinsen ohne Vorleistung

> Erstattung von mindestens 300 € innerhalb von zwei Jahren

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

> Verzicht.

Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Naturheilverfahren

FFF

Erstattungsprozentsatz für alternative Heilmethoden durch Ärzte ohne Vorleistung GKV

> grundsätzlich versichert

Erstattungsprozentsatz für Heilpraktikerleistungen ohne Vorleistung GKV

> Erstattung von mindestens 80% des Rechnungsbetrages bis 1000 € pro Jahr

Leistung für alternative Heilmethoden

> Leistung gemäß Hufelandverzeichnis

Leistung für Heilpraktiker

> Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

> Verzicht.

Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Naturheilverfahren

FF+

Erstattungsprozentsatz für alternative Heilmethoden durch Ärzte ohne Vorleistung GKV

> grundsätzlich versichert

Erstattungsprozentsatz für Heilpraktikerleistungen ohne Vorleistung GKV

> grundsätzlich versichert

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

> Verzicht.

**Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Vorsorge
FFF**

Erstattungsprozentsatz für Vorsorgeuntersuchungen ohne Vorleistung GKV

- > Erstattung von mindestens 500 € pro Jahr

Leistung für Vorsorgeuntersuchungen

- > Keine Begrenzung auf gesetzlich eingeführte Programme

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

- > Verzicht.

**Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Vorsorge
FF+**

Leistung für Vorsorgeuntersuchungen

- > Verzicht auf die Altersbegrenzungen bei gesetzlich eingeführten Programmen

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung

- > Verzicht.

IV. Rating-Systematik im Überblick

Zahnersatz

Punkte	zzgl. Mindeststandard	Rating	Urteil
≥ 1.725,00	FFF Mindeststandard	FFF	Hervorragend
≥ 1.610,00	FF+ Mindeststandard	FF+	Sehr gut
≥ 1.495,00		FF	Gut
≥ 1.380,00		FF-	Befriedigend
≥ 1.265,00		F+	Noch befriedigend
≥ 1.150,00		F	Ausreichend
≥ 1.035,00		F-	Schwach
≥ 0		F--	Sehr schwach

Zahnbehandlung

Punkte	zzgl. Mindeststandard	Rating	Urteil
≥ 787,50	FFF Mindeststandard	FFF	Hervorragend
≥ 735,00	FF+ Mindeststandard	FF+	Sehr gut
≥ 682,50		FF	Gut
≥ 630,00		FF-	Befriedigend
≥ 577,50		F+	Noch befriedigend
≥ 525,00		F	Ausreichend
≥ 472,50		F-	Schwach
≥ 0		F--	Sehr schwach

Stationäre Leistungen

Punkte	zzgl. Mindeststandard	Rating	Urteil
≥ 1.387,00	FFF Mindeststandard	FFF	Hervorragend
≥ 1.295,00	FF+ Mindeststandard	FF+	Sehr gut
≥ 1.202,50		FF	Gut
≥ 1.110,00		FF-	Befriedigend
≥ 1.017,50		F+	Noch befriedigend
≥ 925,00		F	Ausreichend
≥ 832,50		F-	Schwach
≥ 0		F--	Sehr schwach

Sehilfen

Punkte	zzgl. Mindeststandard	Rating	Urteil
≥ 750,00	FFF Mindeststandard	FFF	Hervorragend
≥ 700,00	FF+ Mindeststandard	FF+	Sehr gut
≥ 650,00		FF	Gut
≥ 600,00		FF-	Befriedigend
≥ 550,00		F+	Noch befriedigend
≥ 500,00		F	Ausreichend
≥ 450,00		F-	Schwach
≥ 0		F--	Sehr schwach

Naturheilverfahren

Punkte	zzgl. Mindeststandard	Rating	Urteil
≥ 787,50	FFF Mindeststandard	FFF	Hervorragend
≥ 735,00	FF+ Mindeststandard	FF+	Sehr gut
≥ 682,50		FF	Gut
≥ 630,00		FF-	Befriedigend
≥ 577,50		F+	Noch befriedigend
≥ 525,00		F	Ausreichend
≥ 472,50		F-	Schwach
≥ 0		F--	Sehr schwach

Vorsorge

Punkte	zzgl. Mindeststandard	Rating	Urteil
≥ 712,50	FFF Mindeststandard	FFF	Hervorragend
≥ 665,00	FF+ Mindeststandard	FF+	Sehr gut
≥ 617,50		FF	Gut
≥ 570,00		FF-	Befriedigend
≥ 522,50		F+	Noch befriedigend
≥ 475,50		F	Ausreichend
≥ 427,50		F-	Schwach
≥ 0		F--	Sehr schwach

V. Ratingkriterien

KV-Zusatz – Zahnersatz

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
Erstattungsfähige Leistungen – Zahn			
Leistung für augmentative Behandlung	1,00	✓	✓
Leistung für Prothetik	1,50	✓	✓
Leistung für Implantate	1,50	✓	✓
Leistung für Verblendungen	0,50		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ	1,50	✓	✓
Erstattungsprozentsatz für Leistungen im Rahmen der Regelversorgung	5,00	✓	
Leistung für funktionsanalytische-/therapeutische Behandlungen	0,50		
Erstattungsprozentsatz für Leistungen über Regelversorgung hinaus	5,00	✓	✓
Erstattungsprozentsatz für Inlays	1,00		
Leistungskürzung bei Zahnersatz aufgrund fehlender Vorleistung – Ärzte ohne Kassenzulassung	0,50		
Leistungskürzung bei Zahnersatz aufgrund fehlender Vorleistung – in besonderen Fällen	0,25		
Heil- und Kostenplan			
Summenbegrenzung für Heil- und Kostenplan	0,50		
Herabsetzung der Leistungen bei Nichtvorlage	0,50		
Kündigung – KV Zusatz			
Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung	1,00	✓	✓
Staffelung der Höchstbeträge für Zahnersatz			
Höchstbetrag im 1. Versicherungsjahr	0,25		
Höchstbetrag im 2. Versicherungsjahr	0,25		
Höchstbetrag im 3. Versicherungsjahr	0,25		
Höchstbetrag im 4. Versicherungsjahr	0,50		
Höchstbetrag im 5. Versicherungsjahr	0,50		
Höchstbetrag im 6. Versicherungsjahr	0,50		
Wartezeiten – KV			
Wartezeit bei Zahnersatz	0,50		

KV-Zusatz – Zahnbehandlung

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
Erstattungsfähige Leistungen – Zahn			
Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung ohne Vorleistung GKV	3,00	✓	
Leistung für Kompositfüllungen	1,00	✓	✓
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ	1,50	✓	✓
Leistung für Wurzelbehandlung	0,50	✓	✓
Leistung für Parodontosebehandlung	0,50	✓	✓
Erstattung für professionelle Zahnreinigung ohne Vorleistung GKV	2,50	✓	✓
Leistung für Knirscherschienen	0,25		
Kündigung – KV Zusatz			
Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung	1,00	✓	✓
Wartezeiten – KV			
Wartezeit bei Zahnbehandlung	0,50		

KV-Zusatz – Stationäre Leistungen

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
Erstattungsfähige ambulante Leistungen Krankenzusatzversicherung – KV			
Leistung bei ambulanter Operationen - KV-Zusatz - Kopie	0,50	✓	✓
Erstattungsfähige Leistungen stationär – KV			
Erstattungsprozentsatz für Mehrkosten bei freier Krankenhauswahl	2,00		
Erstattungsprozentsatz für die Chefarztbehandlung	3,00		
Erstattungsprozentsatz für die Unterbringung im Zweibettzimmer	2,00		
Erstattungsprozentsatz für die Unterbringung im Einbettzimmer	2,00	✓	
Erstattung von Aufwendungen in Heilstätten/gemischten Anstalten	2,00	✓	✓
Zahlung von Ersatzkrankenhaustagegeld	1,00		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ – stationär	3,00	✓	✓
Leistung für Privatkliniken	1,00		
Erstattungsfähige stationäre Leistungen Krankenzusatzversicherung – KV			
Leistung bei nachstationärer Behandlung - KV	1,00	✓	✓
Leistung bei vorstationärer Behandlung - KV	1,00	✓	✓
Kündigung – KV Zusatz			
Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung	1,00	✓	✓
Wartezeiten – KV			
allgemeine Wartezeit	0,50		

KV-Zusatz – Sehhilfen

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
Besonderheiten – KV			
Leistung für LASIK	0,50		
Hilfsmittel Zusatz – KV			
Leistung für Brillenfassungen ohne Vorleistung – Zusatz	1,50		
Leistung für Brillengläser ohne Vorleistung – Zusatz	2,50	✓	✓
Leistung für Kontaktlinsen ohne Vorleistung – Zusatz	2,00	✓	✓
Zeitraum der Erstattung für Sehhilfen – Zusatz	2,00	✓	✓
Kündigung – KV Zusatz			
Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung	1,00	✓	✓
Wartezeiten – KV			
allgemeine Wartezeit	0,50		

KV-Zusatz – Naturheilverfahren

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
Erstattungsfähige Leistungen – ambulant – KV			
Erstattungsprozentsatz für alternative Heilmethoden durch Ärzte ohne Vorleistung GKV	2,00	✓	✓
Erstattungsprozentsatz für Heilpraktikerleistungen ohne Vorleistung GKV	3,00	✓	✓
Leistung für alternative Heilmethoden	1,00	✓	
Leistung für Heilpraktiker	1,00	✓	
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ – ambulant	1,00		
Staffel innerhalb der ersten Jahre für Heilpraktikerleistungen/alternative Heilmethoden	1,00		
Kündigung – KV Zusatz			
Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung	1,00	✓	✓
Wartezeiten – KV			
allgemeine Wartezeit	0,50		

KV-Zusatz – Vorsorge

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
Erstattungsfähige Leistungen – ambulant – KV			
Erstattungsprozentsatz für Schutzimpfung ohne Vorleistung GKV	0,50		
Erstattungsprozentsatz für Vorsorgeuntersuchungen ohne Vorleistung GKV	5,00	✓	
erstattungsfähige Schutzimpfungen	0,50		
Leistung für Vorsorgeuntersuchungen	2,00	✓	✓
Kündigung – KV Zusatz			
Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in der Krankheitskostenteilversicherung	1,00		
Wartezeiten – KV			
allgemeine Wartezeit	0,50		

* MS = Mindeststandard

Franke und Bornberg GmbH

Prinzenstraße 16
30159 Hannover

Telefon (05 11) 35 77 17 00
Telefax (05 11) 35 77 17 13

www.franke-bornberg.de
info@franke-bornberg.de