

# Produkt rating Private Krankenvollversicherung

Bewertungsgrundlagen

Stand Februar 2010

Wissen, was zählt

## Inhalt

I. Editorial.....	3
II. Bewertungsgrundsätze.....	4
III. Rating-Systematik.....	6
Gewichtung, Ratingklassen, Produktkategorien, Mindeststandards	
IV. Rating-Systematik im Überblick.....	11
Grundschatz, Mindeststandards und Ratingurteil.....	11
Standardschutz, Mindeststandards und Ratingurteil.....	11
Topschutz, Mindeststandards und Ratingurteil.....	11
V. Bewertungsbereiche im Einzelnen.....	12
Kriterien Kategorie Grundschatz.....	12
Kriterien Kategorie Standardschutz.....	15
Kriterien Kategorie Topschutz.....	18

## I. Editorial

Mit dem neuen PKV-Produktrating betritt Franke und Bornberg Neuland. Das Rating gibt erstmals Aufschluss über die Qualität von Krankenversicherungsprodukten auf Basis der Versicherungsbedingungen. Nur das Bedingungswerk spiegelt den vertragsrechtlichen Anspruch des Kunden und gibt verlässliche Antworten auf die Frage, welchen Leistungsumfang der Kunde erwarten kann. Diese Vorgehensweise wird von Franke und Bornberg bei Lebensversicherungsprodukten zwar bereits seit 1995 praktiziert. Bei der Beurteilung der Qualität von PKV-Tarifen handelt es sich jedoch um ein Novum auf dem Markt für Produktratings.



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

Noch immer ist der Markt für private Krankenversicherungsprodukte höchst intransparent. Ziel unseres KV-Ratings ist es daher, ein objektives Bild über die Qualität von Anbietern und Produkten zu schaffen. Generell bewertet Franke und Bornberg nur solche Leistungen, auf die der Versicherte einen verbindlichen Anspruch hat. Anders als andere Vergleiche berücksichtigen wir keine Aussagen der Versicherer, die außerhalb der Police getroffen werden, etwa Kulanz- oder sogenannte Leistungsaussagen. Das Rating liefert also qualitative Beurteilungen, die über die gesamte Vertragsdauer Bestand haben. Somit trägt es maßgeblich dazu bei, die Transparenz für die Versicherten zu verbessern und Streitigkeiten zu vermeiden, die sich aus unklar gefassten Produkten ergeben.

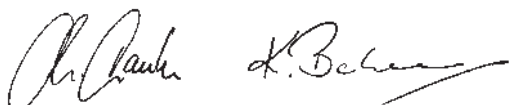
Uns ist bewusst, dass viele Versicherungsbedingungen in den vergangenen Jahren mangels professioneller Bewertungsverfahren wenig präzise formuliert wurden. Aber das kann kein Grund sein, diese Schwachstelle zu ignorieren. Zudem gehen inzwischen immer mehr Anbieter dazu über, auch ihre bestehenden Tarife zu überarbeiten und Leistungsinhalte klarer zu formulieren. Dabei entstehen keineswegs zwingend neue Tarife, sofern es nicht um Leistungsverbesserungen, sondern lediglich um Klarstellungen zu einer oftmals ohnehin schon aktuellen Leistungspraxis geht. Auch bereits lange am Markt existierende Tarife können also im Kundeninteresse transparenter gestaltet werden.

Man könne sich im Bedingungswerk nicht konkreter zum Leistungsumfang äußern, weil man offen für den medizinischen Fortschritt sein wolle – so lautete das Argument der PKV-Branche, den längst überfälligen Schritt zu mehr Transparenz zu unterlassen. Dass hier erheblicher Handlungsbedarf besteht, zeigt eine Vielzahl an Beschwerden und Rechtsstreitigkeiten. Wir begrüßen es daher ausdrücklich, dass sich einige Krankenversicherer bereits vor Veröffentlichung des Franke und Bornberg PKV-Produktratings aufgeschlossen zeigten. Sie haben nicht nur neue, transparente Tarife entwickelt, sondern auch ihre Bestandstarife entsprechend überarbeitet.

Ein weiteres Novum des PKV-Produktratings von Franke und Bornberg ist die kombinierte Beurteilung von Transparenz und echter Leistungsstärke der Tarife. Hierzu werden die in den Tarifen eingerechneten offenen und versteckten Selbstbeteiligungen in einem komplexen formelbasierten Verfahren berücksichtigt. Beurteilt werden somit nur die Leistungen, die tatsächlich beim Versicherten ankommen. Der Verbraucher kann jetzt erstmals den Preis eines Produktes angemessen ins Verhältnis zur gebotenen Leistung setzen.

Das Rating sortiert die Produkte nach objektiven Kriterien in die auf dem Markt üblichen drei Tarifklassen: Top-Tarife, Standardtarife und Grundschartarife. Die Bewertungen unterscheiden sich entsprechend der Anforderungen dieser Klassen.

Preise finden hingegen keine Berücksichtigung. Zum einen kann der Verbraucher die Preise der Produkte auch ohne Analystenhilfe selbst vergleichen, zum anderen fehlt es bei der Beitragskalkulation eben- so an der nötigen Transparenz. Nach wie vor werden Tarife zu günstig kalkuliert, um Kunden über den Preis zu gewinnen. Später folgen dann entsprechende Korrekturen durch Beitragsanpassungen. Solche Praktiken sollen im Produktrating von Franke und Bornberg nicht honoriert werden.



Michael Franke

Katrin Bornberg

## II. Bewertungsgrundsätze

### **Franke und Bornberg setzt auf eigene Recherche**

Was wie selbstverständlich klingt, ist keineswegs üblich. Unsere Analytenteams lesen, analysieren und bewerten Bedingungen, Anträge und Geschäftsberichte. Der Versicherer hat keine Chance zur Manipulation. Anderen Vergleichen liegen oft beim Versicherer abgefragte Angaben zu Grunde. Solche „Leistungsaussagen“ sind bekanntermaßen oft zu optimistisch. Es fehlt der Experte, der eine kritische Prüfung vornimmt. So bleiben wichtige und zum Teil auch versteckte Details unentdeckt. Anders bei Franke und Bornberg: nur das, was schwarz auf weiß geregelt ist, findet auch Eingang in unsere Bewertungen. Unsere Experten sind darauf spezialisiert, die Schwachstellen aufzuspüren und sachgerecht zu bewerten. Somit sorgen wir für eine nachhaltige Bewertungsaussage.

### **Bewertung ausschließlich auf Basis verbindlicher Angaben**

Als Quelle nutzen wir ausschließlich die gedruckten Versicherungsbedingungen sowie gegebenenfalls verbindliche Verbraucherinformationen, Antragsformulare, den Versicherungsschein und Geschäftsberichte. Unberücksichtigt bleiben geschäftsplanmäßige oder sonstige Erklärungen, Leistungsaussagen und Auslegungen der Versicherer sowie werbliche Veröffentlichungen. Wir wollen damit nicht behaupten, dass die aktuelle Leistungspraxis nicht weiter gehen kann als die verbindlich geregelten Leistungen. Die Erfahrung zeigt aber, dass gerade bei Sachverhalten, die nicht schwarz auf weiß geregelt sind, regelmäßig Auslegungsfragen oder Streitigkeiten entstehen. Unsere Vorgehensweise dient daher der langfristigen Sicherheit und der Nachhaltigkeit der Bewertungsergebnisse.

### **Transparenz und Chancengleichheit**

Es wird positiv bewertet, wenn die Bedingungen dem Sachverhalt angemessen möglichst so formuliert sind, dass sie auch für den juristischen Laien verständlich sind. Klare und eindeutige Bedingungsregelungen informieren den Versicherten über den Inhalt der Versicherung und tragen somit maßgeblich zur Vermeidung von (oftmals zeit- und kostenintensiven) Streitigkeiten über den konkreten Inhalt des Versicherungsvertrags bei. Oft wird bei Auslegungsfragen auf die Rechtsprechung verwiesen. Diese Rechtsprechung ist aber der beste Beweis dafür, dass es an Eindeutigkeit mangelt und der Versicherer sich der Leistung entziehen wollte. Die Versicherungsbedingungen sollten daher auch die gefestigte Rechtsprechung zu Leistungsinhalten / Umfang des Versicherungsschutzes enthalten, damit Klarheit nicht erst nach langjährigem Rechtsstreit erreicht wird. Unsere Bewertung berücksichtigt daher bewusst nicht den Gang vor Gericht. Zeigt sich, dass eine Regelung aufgrund Intransparenz häufiger dazu führt, dass Klarheit erst vor Gericht erlangt wird oder oft Streit über die Erstattung entsteht, so nehmen wir zum Schutz der Versicherten Transparenzabschläge bei der Bewertung vor. Oft lassen sich nämlich durch eine ergänzende Klarstellung in den Bedingungen alle Zweifel ausräumen. Auch wenn diese Klarstellungen bei vielen Versicherern unbeliebt sind, halten wir klare Formulierungen für zumutbar. Denn Transparenz stellt nach unserer Auffassung einen hohen Wert für die Versicherten dar. Im Übrigen fördern transparente Formulierungen auch die Kalkulationssicherheit der Tarife. 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 des Versicherten**

Sind Bedingungsformulierungen nicht eindeutig, bewertet Franke und Bornberg ohne Rücksicht auf § 305c Abs. 2 BGB (Mehrdeutigkeit) stets die für den Kunden ungünstigste Auslegung des Bedingungstextes, unabhängig von der möglicherweise vom Anbieter beabsichtigten Auslegung. Diese Vorgehensweise soll die langfristige Sicherheit für die Versicherten unterstützen und Produkte herausstellen, die klare Regelungen aufweisen. Wenn man als Versicherter zwischen den Zeilen lesen muss, wird es im Leistungsfall öfter Überraschungen geben.

## **Negative Bewertung bei fehlenden Regelungen**

Franke und Bornberg bewertet konsequent negativ, wenn im Sinne des von uns verstandenen Transparenzgebots relevante Regelungen fehlen. Wir untersuchen dann zunächst, ob anstelle der fehlenden Regelung eine andere – gesetzliche – Bestimmung auf den Vertrag anwendbar ist; gegebenenfalls wird im Wege der Auslegung ermittelt, welchen Regelungszweck und welche Schutzrichtung die gesetzliche Regelung anstrebt. Wir beachten außerdem, dass auch der Grundsatz von Treu und Glauben ergänzende Leistungen aber auch Verhaltenspflichten für den Kunden schaffen kann, so etwa die Mitwirkungspflichten im Leistungsfall. Wir wollen somit bei der Bewertung nicht berücksichtigen, dass der Versicherte erst durch das Studium von Gesetzen Klarheit über seine Rechte und Pflichten erlangt. Daher bewerten wir es positiv, wenn die Bedingungen Rechte und Pflichten verständlich darlegen.

## **Modifiziertes Benchmarkverfahren**

Franke und Bornberg untersucht die jeweils aktuell am Markt präsenten Produkte, unterzieht diese einer vollständigen Analyse und gewinnt so einen qualifizierten Überblick, welche Regelungen in welchen Qualitäten am Markt vorliegen. Nach Abschluss dieser Bestandsaufnahme werden die vorgefundenen Regelungen einem Benchmarking unterzogen und im Rahmen einer Skala von Null bis 100 (= die aus Versichertensicht günstigste Regelung, die aktuell am Markt angeboten wird) bewertet. Um einen für die Versicherten sinnlosen Wettbewerb zu vermeiden, modifizieren wir das Benchmarkverfahren dergestalt, dass der Wert 100 beispielsweise bei Erstattungs-/Entschädigungsleistungen auch für unterhalb der Maximalentschädigung liegende Erstattungs-/Entschädigungshöhen vergeben wird, sofern diese aller Voraussicht nach ausreichen, um einen maximal denkbaren Schaden auszugleichen. Mit diesem Verfahren untersuchen wir in regelmäßigen Abständen die Verteilung von qualitativen Merkmalen im Markt. Diese Maßnahme stellt sicher, dass wir einerseits keine Regelungen voraussetzen, die nicht schon in hinreichender Verteilung im Markt vorhanden sind und sich andererseits das Bewertungsverfahren auf Augenhöhe mit der Produktweiterentwicklung bewegt.

## **Allgemeiner Hinweis**

Das Fundament der Bewertungen bilden sorgfältige Überlegungen, die als subjektive und nicht objektivierbare Einschätzungen in ein von Franke und Bornberg entwickeltes Punktesystem mit Gewichtungsfaktoren und Mindeststandards einfließen. Subjektive 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.

### III. Rating-Systematik

Franke und Bornberg untersucht die aktuell am Markt präsenten Produkte, unterzieht diese einer vollständigen Analyse und gewinnt so einen qualifizierten Überblick, welche Regelungen in welchen Ausprägungen/ Varianten vorliegen. Nach Abschluss dieser Bestandsaufnahme werden die vorgefundenen Regelungen einem Benchmarking unterzogen im Rahmen einer Skala von Null bis 100 (= die aus Sicht der Versicherung günstigste Regelung, die aktuell am Markt angeboten wird oder – in Ausnahmefällen – grundsätzlich denkbar wäre).

#### Formelbasierte Ermittlung der echten Leistungsstärke eines Tarifes

Die Bewertung der echten Leistungsstärke eines Tarifes ist nur unter Berücksichtigung des Selbstbehaltes möglich. Die Punktzahl wird formelbasiert in Abhängigkeit der SB- Stufen des Tarifes berechnet. Dabei werden für verschiedene Rechnungsbeträge je Detailkriterium die Erstattungsbeträge ermittelt. Aus den errechneten Erstattungsbeträgen wird der Durchschnitt gebildet. Die Punktzahl ermittelt sich aus dem Durchschnittswert der Erstattungsbeträge.

Weiterhin fließen in die Berechnung ein:

- > Maximalbeträge (Deckelungen)
- > Modifikationsfaktoren (Modifikator)
  - Positive Berücksichtigung von Leistungsverbesserungen
  - Negative Berücksichtigung von Leistungseinschränkungen
  - Sicherstellung: Bewertung inklusive Modifikator nicht besser als Bewertung einer grundsätzlich besseren Leistung

> Rechenweg:

Der durchschnittliche Erstattungsbetrag wird ins Verhältnis zum durchschnittlichen Rechnungsbetrag gesetzt. Die verwendeten Rechnungsbeträge basieren auf Erfahrungswerten von Versicherern und eigenen Recherchen .

Beispiel:

Rechnungsbetrag: 500 €, 1000 €, 2000 € (Ø 1.167 €);  
Erstattungen: 100 €, 500 €, 1000 € (Ø 533 €);  
entspricht 46 % Erstattung und damit 46 Punkten.

Um sich der realen Kundensituation anzunähern, ist es nicht praktikabel, die Selbstbeteiligung bei jedem Kriterium voll anzurechnen. Damit die Selbstbeteiligung aber nicht völlig außen vor bleibt, wird sie bei jedem betroffenen Erstattungskriterium mit 20% herangezogen. Betroffene Kriterien sind solche Kriterien, bei denen regelmäßige Erstattungen zu erwarten sind, nicht also bei Kriterien wie Rücktransport, Rollstuhl etc. Auf diese Weise berücksichtigen wir die Auswirkungen der SB sachgerecht und vermeiden eine Überbewertung.

#### 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: Leistungen für Hilfsmittel oder bei stationärem Aufenthalt). Daher ist es unabdingbar, Gewichtungsfaktoren einzuführen, die sicherstellen, dass gute Ergebnisse bei weniger bedeutsamen Kriterien nicht Defizite bei Kriterien überstrahlen, die für den Versicherten von besonderem Belang sind.

## Gewichtungsfaktor

Jedes Detailkriterium wurde einer umfassenden Analyse hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit und der Kosten unterzogen. Unter Wahrscheinlichkeit wird die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Leistungsfalles verstanden. Die Bewertungsskala reicht von 0,5 bis 5, wobei bei 0,5 die Wahrscheinlichkeit des Eintritts sehr gering ist und bei 5 die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist.

Unter Kosten werden Kosten verstanden, die bei Eintritt eines Schadens in diesem Kriterium eintreten (können). Die Kosten des jeweiligen Detailkriteriums werden ebenfalls mittels einer Bewertungsskala von 0,5 bis 5 eingestuft. Bei 0,5 sind die Kosten sehr niedrig und bei 5,0 sehr hoch. Das heißt, die Höhe der anfallenden Kosten ist schwer kalkulierbar und kann existenzzerstörenden Charakter haben.

Auf Grund des so ermittelten Wertes wird der Gewichtungsfaktor für jedes einzelne Ratingkriterium vergeben.

## 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.

Rating	Urteil
FFF	hervorragend
FF+	sehr gut
FF	gut
FF-	befriedigend
F+	noch befriedigend
F	ausreichend
F-	schwach
F--	sehr schwach

## Produktkategorien

Es erfolgt eine Unterteilung in die Produktkategorien »**Grundschutz**«, »**Standardschutz**« und »**Topschutz**«. Anlass dafür sind maßgebliche Produktunterschiede, die jeweils unterschiedlichen Verbrauchertypen entgegen kommen. Eine differenzierte Bewertung macht daher die Orientierung für den Verbraucher einfacher. Nach unserer Auffassung soll der Versicherer selbst entscheiden, welche Leistungsmerkmale sein Produkt ausmachen. Ratings haben die Aufgabe, Klarheit und Transparenz der Merkmale zu prüfen, nicht aber, den Markt in problematische Produktentwicklungen zu treiben.

Wir ordnen ein Produkt der Kategorie »**Standardschutz**« zu, wenn es diese Merkmale ausweist:

- > Erstattung von Psychotherapie
- > Generelle Erstattung von Krankenfahrtstühlen
- > Zweibettzimmer
- > Zahnersatz mind. 60%

Produkte, bei denen mindestens eines dieser Merkmale fehlt, ordnen wir der Kategorie »**Grundschutz**« zu.

Wir ordnen ein Produkt der Kategorie »**Topschutz**« zu, wenn es zusätzlich noch diese Merkmale ausweist:

- > Leistung für Heilpraktiker
- > Einbettzimmer
- > Zahnersatz mind. 80%
- > Leistung für Implantate

## 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 herauszumodellieren. Das Bewertungsverfahren sieht daher zusätzlich Mindeststandards für die beiden höchsten Ratingklassen FF+ und FFF vor.

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, aber weder der Mindeststandard dieser noch der darunter liegenden Klasse erreicht werden, 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 Produkte in höheren Bewertungsklassen in allen Bewertungskategorien durchgängig überdurchschnittlich hohe Qualität aufweisen und überdies Mindestanforderungen in besonders wichtigen Kriterien erfüllen.

## Systematik

Für folgende Kriterien sind Mindeststandards erforderlich, um die Ratingnote FFF bzw. FF+ zu erreichen:

### Mindeststandards KV-Voll

#### Grundschatz FFF

- > Umstellungsoption  
Für die Grundschatzkategorie ist eine in den Krankheitskostenvolltarif integrierte Umstellungsoption vorgesehen.

### Mindeststandards KV-Voll

#### Grundschatz FF+

- > Umstellungsoption  
Für die Grundschatzkategorie ist eine in den Krankheitskostenvolltarif integrierte Umstellungsoption vorgesehen.

### Mindeststandards KV-Voll

#### Standardschutz FFF

- > Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie  
Mindestens 30 Sitzungen.
- > Erstattungsfähige Transportkosten  
Leistung für Transportkosten zum und vom Heilbehandler bei Gehunfähigkeit.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ ambulant  
Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ zahn  
Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ stationär  
Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz.
- > Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie  
Mindestens 42 Tage.
- > Ergotherapie  
Ergotherapeuten sollen bedingungsseitig genannt sein.



- > Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie  
Logopäden sollen bedingungsseitig genannt sein.
- > Krankenfahrstühle  
Krankenfahrstühle mindestens bis 2000 € bzw. in angemessener Ausführung.

### **Mindeststandards KV-Voll**

#### **Standardschutz FF+**

- > Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie  
Mindestens 20 Sitzungen.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ ambulant  
Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ zahn  
Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ stationär  
Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz.
- > Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie  
Mindestens 20 Tage, darüber hinaus nach vorheriger schriftlicher Zusage
- > Krankenfahrstühle  
Krankenfahrstühle mehr als 1000 € bzw. in einfacher Ausführung.

### **Mindeststandards KV-Voll**

#### **Topschutz FFF**

- > Gebiet des Versicherungsschutzes  
Weltweit
- > Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie  
Mindestens 50 Sitzungen.
- > Erstattungsfähige Transportkosten ambulant  
Leistung für Transportkosten zum und vom Heilbehandler bei Gehunfähigkeit.
- > Leistung bei künstlicher Befruchtung  
Kein Leistungsausschluss für künstliche Befruchtung.
- > Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen  
Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen über das gesetzliche Maß hinaus.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ ambulant  
Generelle Leistung ohne vorherige Genehmigung über die Höchstsätze hinaus.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ stationär  
Generelle Leistung ohne vorherige Genehmigung über die Höchstsätze hinaus.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ zahn  
Generelle Leistung ohne vorherige Genehmigung über die Höchstsätze hinaus.
- > Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie  
Mindestens 42 Tage.
- > Ergotherapie  
Ergotherapeuten sollen bedingungsseitig genannt sein.
- > Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie  
Logopäden sollen bedingungsseitig genannt sein.
- > Krankenfahrstühle  
Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung bzw. in angemessener Ausführung.

## Mindeststandards KV-Voll

### Topschutz FF+

- > Gebiet des Versicherungsschutzes  
Weltweit
- > Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie  
Mindestens 30 Sitzungen.
- > Erstattungsfähige Transportkosten ambulant  
Leistung für Transportkosten zum und vom Heilbehandler bei Gehunfähigkeit.
- > Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen  
Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen über das gesetzliche Maß hinaus.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ ambulant  
Leistung unter bestimmten Voraussetzungen auch über die Höchstsätze hinaus.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ stationär  
Leistung unter bestimmten Voraussetzungen auch über die Höchstsätze hinaus.
- > Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ zahn  
Leistung unter bestimmten Voraussetzungen auch über die Höchstsätze hinaus.
- > Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie  
Mindestens 20 Tage, darüber hinaus nach vorheriger schriftlicher Zusage
- > Ergotherapie  
Ergotherapeuten sollen bedingungsseitig genannt sein.
- > Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie  
Logopäden sollen bedingungsseitig genannt sein.
- > Krankenfahrstühle  
Krankenfahrstühle mindestens 2000 € bzw. in angemessener Ausführung.

## IV. Rating-Systematik im Überblick

### Ratingsystematik für Grundschutz

Punkte	zzgl. Mindeststandard	Rating	Urteil
≥ 14608,75	FFF Mindeststandard	FFF	Hervorragend
≥ 14137,50	FF+ Mindeststandard	FF+	Sehr gut
≥ 13666,25		FF	Gut
≥ 12723,75		FF-	Befriedigend
≥ 11781,25		F+	Noch befriedigend
≥ 10838,75		F	Ausreichend
≥ 9896,25		F-	Schwach
≥ 0		F--	Sehr schwach

### Ratingsystematik für Standardschutz

Punkte	zzgl. Mindeststandard	Rating	Urteil
≥ 16817,50	FFF Mindeststandard	FFF	Hervorragend
≥ 16275,00	FF+ Mindeststandard	FF+	Sehr gut
≥ 15732,50		FF	Gut
≥ 14647,50		FF-	Befriedigend
≥ 13562,50		F+	Noch befriedigend
≥ 12477,50		F	Ausreichend
≥ 11392,50		F-	Schwach
≥ 0		F--	Sehr schwach

### Ratingsystematik für Topschutz

Punkte	zzgl. Mindeststandard	Rating	Urteil
≥ 16759,38	FFF Mindeststandard	FFF	Hervorragend
≥ 16218,75	FF+ Mindeststandard	FF+	Sehr gut
≥ 15678,13		FF	Gut
≥ 14596,88		FF-	Befriedigend
≥ 13515,63		F+	Noch befriedigend
≥ 12434,38		F	Ausreichend
≥ 11353,13		F-	Schwach
≥ 0		F--	Sehr schwach

## V. Bewertungsbereiche im Einzelnen

### Kriterien Kategorie Grundschutz

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
<b>Auslandsaufenthalte</b>			
Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland	3,50		
Gebiet des Versicherungsschutzes	3,50		
Ausgedehnter Versicherungsschutz bei Nichtantritt der Rückreise	3,50		
<b>Ausschlüsse</b>			
Leistungsausschlüsse bei Krieg	2,75		
<b>Erstattungsfähige Leistungen – ambulant</b>			
Erstattungsprozentsatz ärztliche Leistungen	5,00		
Erstattungsprozentsatz bei Primärarztprinzip	5,00		
Erstattungsprozentsatz für Vorsorgeuntersuchungen	1,75		
Leistung für Vorsorgeuntersuchungen	1,75		
Erstattungsprozentsatz für Heilpraktikerleistungen	1,75		
Leistung für alternative Heilmethoden	2,00		
Erstattungsprozentsatz für ambulante Psychotherapeutische Leistungen	2,50		
Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie	2,50		
maximale Summe der Erstattung für ambulante Psychotherapie	2,50		
erstattungsfähige Heilbehandler bei ambulanter Psychotherapie	2,50		
schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich	2,50		
Erstattungsprozentsatz für Arzneimittel	3,25		
Leistung für Nähr- und Stärkungsmittel	3,25		
Erstattungsprozentsatz für Schutzimpfung	0,75		
erstattungsfähige Schutzimpfungen	0,75		
Erstattungsprozentsatz Transportkosten zu ambulanten Behandlungen	1,50		
erstattungsfähige Transportkosten ambulant	1,50		
erstattungsfähige Transportkosten bei Therapie ambulant	1,50		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ	4,50		
<b>Erstattungsfähige Leistungen – Zahn</b>			
Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung	4,00		
Erstattungsprozentsatz für Zahnprophylaxe	2,00		
Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz	2,75		
Erstattungsprozentsatz für augmentative Behandlung	2,25		
Leistung für Prothetik	3,00		
Leistung für Implantate	3,00		
Erstattungsprozentsatz für Inlays	1,75		
Leistung für Verblendungen	1,75		
Erstattungsprozentsatz Kinder/Jugendliche für kieferorthopädische Leistungen	3,25		
Erstattungsprozentsatz für funktionsanalytische-/therapeutische Behandlungen	2,75		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ	4,50		

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
<b>Erstattungsfähige Leistungen Kur</b>			
Leistung für ambulante Kuren	1,50		
Leistungsdauer ambulante Kur	1,50		
Leistung für stationäre Kuren	2,50		
Leistungsdauer stationäre Kur	2,50		
Leistung für Rehabilitationsmaßnahmen	1,00		
Leistungsdauer stationäre Reha	1,00		
<b>Erstattungsfähige Leistungen stationär</b>			
Erstattungsprozentsatz für allgemeine Krankenhausleistung	2,75		
Leistung für Privatkliniken	3,75		
Erstattung von Aufwendungen in Heilstätten/gemischten Anstalten	3,00		
Leistung für Anschlussheilbehandlung	1,00		
Leistungsdauer stationäre AHB	1,00		
Erstattungsprozentsatz für stationäre psychotherapeutische Leistungen	2,75		
Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie	2,75		
schriftliche Zusage für stationäre Psychotherapie erforderlich	2,75		
Erstattungsprozentsatz für Transportkosten zu stationären Behandlungen	2,25		
erstattungsfähige Transportkosten	2,25		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ	4,75		
<b>Heil- und Kostenplan</b>			
Summenbegrenzung für Heil- und Kostenplan	3,00		
Herabsetzung der Leistungen bei Nichtvorlage	3,00		
<b>Heilmittel</b>			
Erstattungsprozentsatz für Heilmittel	2,75		
physikalisch-medizinische Therapie	2,00		
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	2,25		
Ergotherapie	2,25		
<b>Hilfsmittel</b>			
Erstattungsprozentsatz für Hilfsmittel	3,75		
Krankenfahrstühle	2,25		
Körperersatzstücke - Prothesen	2,25		
Leistung für Brillenfassungen	2,25		
Leistung für Brillengläser	2,50		
Leistung für Kontaktlinsen	2,25		
<b>Staffelung der Höchstbeträge für Zahnersatz</b>			
Höchstbetrag im 1. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 2. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 3. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 4. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 5. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 6. Versicherungsjahr	2,00		

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
<b>Umstellungsoptionen</b>			
Umstellung in höherwertigere Tarife	2,75	✓	✓
Altersbegrenzungen zum Ausüben der Option	2,75		
Zeitpunkt zum Ausüben der Option	2,75		
<b>Versicherung von Neugeborenen</b>			
Umfang des Versicherungsschutzes	3,75		
<b>Wartezeiten</b>			
allgemeine Wartezeit	1,00		
Wartezeit bei Psychotherapie	1,00		
Wartezeit bei Zahnbehandlung	1,00		
Wartezeit bei Zahnersatz	1,00		

\*MS = Mindeststandard

**Kriterien Kategorie Standardschutz**

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
<b>Auslandsaufenthalte</b>			
Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland	3,50		
Gebiet des Versicherungsschutzes	3,50		
Rücktransport aus dem Ausland	2,75		
Überführung/Bestattung bei Auslandsaufenthalten	2,50		
ausgedehnter Versicherungsschutz bei Nichtantritt der Rückreise	3,50		
<b>Ausschlüsse</b>			
Leistungsausschlüsse bei Krieg	2,75		
<b>Erstattungsfähige Leistungen – ambulant</b>			
Erstattungsprozentsatz ärztliche Leistungen	5,00		
Erstattungsprozentsatz bei Primärarztprinzip	5,00		
Erstattungsprozentsatz für Vorsorgeuntersuchungen	1,75		
Leistung für Vorsorgeuntersuchungen	1,75		
Erstattungsprozentsatz für Heilpraktikerleistungen	1,75		
Leistung für alternative Heilmethoden	2,00		
Erstattungsprozentsatz für ambulante Psychotherapeutische Leistungen	2,50		
Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie	2,50	✓	✓
maximale Summe der Erstattung für ambulante Psychotherapie	2,50		
erstattungsfähige Heilbehandler bei ambulanter Psychotherapie	2,50		
schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich	2,50		
Erstattungsprozentsatz für Arzneimittel	3,25		
Leistung für Nähr- und Stärkungsmittel	3,25		
Erstattungsprozentsatz für Schutzimpfung	0,75		
erstattungsfähige Schutzimpfungen	0,75		
Erstattungsprozentsatz Transportkosten zu ambulanten Behandlungen	1,50		
erstattungsfähige Transportkosten ambulant	1,50	✓	
erstattungsfähige Transportkosten bei Therapie ambulant	1,50		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ	4,50	✓	✓
<b>Erstattungsfähige Leistungen – Zahn</b>			
Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung	4,00		
Erstattungsprozentsatz für Zahnprophylaxe	2,00		
Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz	2,75		
Erstattungsprozentsatz für augmentative Behandlung	2,25		
Leistung für Prothetik	3,00		
Leistung für Implantate	3,00		
Erstattungsprozentsatz für Inlays	1,75		
Leistung für Verblendungen	1,75		
Erstattungsprozentsatz Kinder/Jugendliche für kieferorthopädische Leistungen	3,25		
Erstattungsprozentsatz Erwachsene für kieferorthopädische Leistungen	2,25		
Erstattungsprozentsatz für funktionsanalytische-/therapeutische Behandlungen	2,75		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ	4,50	✓	✓

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
<b>Erstattungsfähige Leistungen Kur</b>			
Leistung für ambulante Kuren	1,50		
Leistungsdauer ambulante Kur	1,50		
Leistung für stationäre Kuren	2,50		
Leistungsdauer stationäre Kur	2,50		
Leistung für Rehabilitationsmaßnahmen	1,00		
Leistungsdauer stationäre Reha	1,00		
<b>Erstattungsfähige Leistungen stationär</b>			
Erstattungsprozentsatz für die Chefarztbehandlung	2,75		
Erstattungsprozentsatz für die Unterbringung im Zweibettzimmer	2,50		
Leistung für Privatkliniken	3,75		
Erstattung von Aufwendungen in Heilstätten/gemischten Anstalten	3,00		
Leistung für Anschlussheilbehandlung	1,00		
Leistungsdauer stationäre AHB	1,00		
Erstattungsprozentsatz für stationäre psychotherapeutische Leistungen	2,75		
Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie	2,75	✓	✓
schriftliche Zusage für stationäre Psychotherapie erforderlich	2,75		
Erstattungsprozentsatz für Transportkosten zu stationären Behandlungen	2,25		
erstattungsfähige Transportkosten	2,25		
Zahlung von Ersatzkrankenhaustagegeld	1,50		
Leistung für Rooming-In	1,50		
Leistung bei Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen stationär	2,50		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ	4,75	✓	✓
<b>Heil- und Kostenplan</b>			
Summenbegrenzung für Heil- und Kostenplan	3,00		
Herabsetzung der Leistungen bei Nichtvorlage	3,00		
<b>Heilmittel</b>			
Erstattungsprozentsatz für Heilmittel	2,75		
physikalisch-medizinische Therapie	2,00		
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	2,25	✓	
Ergotherapie	2,25	✓	
<b>Hilfsmittel</b>			
Erstattungsprozentsatz für Hilfsmittel	3,75		
Hörgeräte	2,50		
Sprechhilfen	2,50		
orthopädische Schuhe und Einlagen	1,50		
Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummi-/Kompressionsstrümpfe	1,50		
Geh- und Stützapparate	1,75		
Stoma-/Tracheostoma- und Inkontinenz-Versorgungsartikel	1,75		
Krankenfahrstühle	2,25	✓	✓
Körperersatzstücke - Prothesen	2,25		



Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
sonstige Hilfsmittel	1,50		
Leistung für Brillenfassungen	2,25		
Leistung für Brillengläser	2,50		
Leistung für Kontaktlinsen	2,25		
<b>Staffelung der Höchstbeträge für Zahnersatz</b>			
Höchstbetrag im 1. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 2. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 3. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 4. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 5. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 6. Versicherungsjahr	2,00		
<b>Umstellungsoptionen</b>			
Umstellung in höherwertigere Tarife	2,75		
Altersbegrenzungen zum Ausüben der Option	2,75		
Zeitpunkt zum Ausüben der Option	2,75		
<b>Versicherung von Neugeborenen</b>			
Umfang des Versicherungsschutzes	3,75		
<b>Wartezeiten</b>			
allgemeine Wartezeit	1,00		
Wartezeit bei Psychotherapie	1,00		
Wartezeit bei Zahnbehandlung	1,00		
Wartezeit bei Zahnersatz	1,00		

\*MS = Mindeststandard

**Kriterien Kategorie Topschutz**

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
<b>Auslandsaufenthalte</b>			
Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland	3,50		
Gebiet des Versicherungsschutzes	3,50	✓	✓
Rücktransport aus dem Ausland	2,75		
Überführung/Bestattung bei Auslandsaufenthalten	2,50		
ausgedehnter Versicherungsschutz bei Nichtantritt der Rückreise	3,50		
<b>Ausschlüsse</b>			
Leistungsausschlüsse bei Krieg	2,75		
<b>Besonderheiten</b>			
Leistung für LASIK	2,25		
<b>Erstattungsfähige Leistungen – ambulant</b>			
Erstattungsprozentsatz ärztliche Leistungen	5,00		
Erstattungsprozentsatz bei Primärarztprinzip	5,00		
Erstattungsprozentsatz für Vorsorgeuntersuchungen	1,75		
Leistung für Vorsorgeuntersuchungen	1,75	✓	✓
Erstattungsprozentsatz für Heilpraktikerleistungen	1,75		
Leistung für alternative Heilmethoden	2,00		
Erstattungsprozentsatz für ambulante Psychotherapeutische Leistungen	2,50		
Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie	2,50	✓	✓
maximale Summe der Erstattung für ambulante Psychotherapie	2,50		
erstattungsfähige Heilbehandler bei ambulanter Psychotherapie	2,50		
schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich	2,50		
Erstattungsprozentsatz für Arzneimittel	3,25		
Leistung für Nähr- und Stärkungsmittel	3,25		
Erstattungsprozentsatz für Schutzimpfung	0,75		
erstattungsfähige Schutzimpfungen	0,75		
Erstattungsprozentsatz Transportkosten zu ambulanten Behandlungen	1,50		
erstattungsfähige Transportkosten ambulant	1,50	✓	✓
erstattungsfähige Transportkosten bei Therapie ambulant	1,50		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ	4,50	✓	✓
Leistung bei künstlicher Befruchtung	2,00	✓	
<b>Erstattungsfähige Leistungen – Zahn</b>			
Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung	4,00		
Erstattungsprozentsatz für Zahnprophylaxe	2,00		
Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz	2,75		
Erstattungsprozentsatz für augmentative Behandlung	2,25		
Leistung für Prothetik	3,00		
Leistung für Implantate	3,00		
Erstattungsprozentsatz für Inlays	1,75		

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
Leistung für Verblendungen	1,75		
Erstattungsprozentsatz Kinder/Jugendliche für kieferorthopädische Leistungen	3,25		
Erstattungsprozentsatz Erwachsene für kieferorthopädische Leistungen	2,25		
Erstattungsprozentsatz für funktionsanalytische-/therapeutische Behandlungen	2,75		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ	4,50	✓	✓
<b>Erstattungsfähige Leistungen Kur</b>			
Leistung für ambulante Kuren	1,50		
Leistungsdauer ambulante Kur	1,50		
Leistung für stationäre Kuren	2,50		
Leistungsdauer stationäre Kur	2,50		
Leistung für Rehabilitationsmaßnahmen	1,00		
Leistungsdauer stationäre Reha	1,00		
<b>Erstattungsfähige Leistungen stationär</b>			
Erstattungsprozentsatz für die Chefarztbehandlung	2,75		
Erstattungsprozentsatz für die Unterbringung im Einbettzimmer	2,25		
Leistung für Privatkliniken	3,75		
Erstattung von Aufwendungen in Heilstätten/gemischten Anstalten	3,00		
Leistung für Anschlussheilbehandlung	1,00		
Leistungsdauer stationäre AHB	1,00		
Erstattungsprozentsatz für stationäre psychotherapeutische Leistungen	2,75		
Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie	2,75	✓	✓
schriftliche Zusage für stationäre Psychotherapie erforderlich	2,75		
Erstattungsprozentsatz für Transportkosten zu stationären Behandlungen	2,25		
erstattungsfähige Transportkosten	2,25		
Zahlung von Ersatzkrankenhaustagegeld	1,50		
Leistung für Rooming-In	1,50		
Leistung bei Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen stationär	2,50		
Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ	4,75	✓	✓
<b>Heil- und Kostenplan</b>			
Summenbegrenzung für Heil- und Kostenplan	3,00		
Herabsetzung der Leistungen bei Nichtvorlage	3,00		
<b>Heilmittel</b>			
Erstattungsprozentsatz für Heilmittel	2,75		
physikalisch-medizinische Therapie	2,00		
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	2,25	✓	✓
Ergotherapie	2,25	✓	✓

Kriterium	Gewichtung	MS* FFF	MS* FF+
<b>Hilfsmittel</b>			
Erstattungsprozentsatz für Hilfsmittel	3,75		
Hörgeräte	2,50		
Sprechhilfen	2,50		
orthopädische Schuhe und Einlagen	1,50		
Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummi-/Kompressionsstrümpfe	1,50		
Geh- und Stützapparate	1,75		
Stoma-/Tracheostoma-und Inkontinenz-Versorgungsartikel	1,75		
Krankenfahrstühle	2,25	✓	✓
Körperersatzstücke - Prothesen	2,25		
Körperersatzstücke - Kunstaugen	1,00		
sonstige Hilfsmittel - Blindenhilfsmittel	1,50		
sonstige Hilfsmittel	1,50		
Leistung für Brillenfassungen	2,25		
Leistung für Brillengläser	2,50		
Leistung für Kontaktlinsen	2,25		
<b>Optionen</b>			
Optionen zum Versicherungsschutz	1,00		
<b>Staffelung der Höchstbeträge für Zahnersatz</b>			
Höchstbetrag im 1. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 2. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 3. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 4. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 5. Versicherungsjahr	2,00		
Höchstbetrag im 6. Versicherungsjahr	2,00		
<b>Versicherung von Neugeborenen</b>			
Umfang des Versicherungsschutzes	3,75		
<b>Wartezeiten</b>			
allgemeine Wartezeit	1,00		
Wartezeit bei Psychotherapie	1,00		
Wartezeit bei Zahnbehandlung	1,00		
Wartezeit bei Zahnersatz	1,00		

\*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](http://www.franke-bornberg.de)  
[info@franke-bornberg.de](mailto:info@franke-bornberg.de)