

Franke || Bornberg
Franke und Bornberg GmbH
Analyse- und Ratingagentur

Produktrating
Private Krankenzusatzversicherung

Bewertungsgrundlagen

Stand: 08. März 2023

Franke || Bornberg

Inhalt

I. Editorial.....	3
II. Bewertungsgrundsätze.....	4
III. Rating-Systematik.....	5
IV. Ratingkriterien.....	13
KV-Zusatz – Zahnersatz.....	13
KV-Zusatz – Zahnbehandlung.....	13
KV-Zusatz – Stationär.....	13
KV-Zusatz – Sehhilfen.....	14
KV-Zusatz – Naturheilverfahren.....	14
KV-Zusatz – Vorsorge.....	14

I. Editorial

Krankenzusatzversicherungen – Ergänzender Gesundheitsschutz mit wachsender Bedeutung

Das Deutsche Gesundheitssystem stellt zwar grundsätzlich eine leistungsfähige und qualitativ hochwertige Versorgung sicher, gerät aber auf der anderen Seite durch den Mangel an Fachkräften und die veralteten Strukturen zunehmend unter Druck.

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) als maßgebliche Kostenträger haben die finanzielle Lage noch weitestgehend im Griff. Durch die Abschwächung des DRG-Systems im Krankenhaus-Sektor sowie die dringend notwendigen Investitionen in eine verbesserte Versorgung von Kindern und Jugendlichen zeichnen sich am Horizont aber bereits deutliche Belastungen ab.

In den letzten Jahren waren Leistungskürzungen im GKV-Sektor eine politische Tabuzone. Fraglich ist, ob an diesem Mantra auf lange Sicht festgehalten werden kann.

Während die Private Krankenvollversicherung von Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen ebenso betroffen ist, könnte die Private Krankenzusatzversicherung zu einem Profiteur eines wachsenden Drucks auf das gesetzliche System werden. Denn wenn eine Verschlechterung der Versorgung droht – ggf. verbunden mit höheren Eigenbeteiligungen für die Versicherten – steigt die Attraktivität einer zusätzlichen privaten Vorsorge.

Bisher steht für die meisten Interessenten an einer privaten Ergänzungsversicherung die zahnärztliche Versorgung im Fokus. Hier sind die Kunden bereit, für einen hochwertigen Versicherungsschutz auch höhere Monatsbeiträge zwischen 30 und 50 Euro zu investieren, wodurch das Geschäftsfeld für Versicherer und Vermittler erst interessant wird.

Die Anbieter reagieren auf die Nachfrage mit einer Ausweitung von Leistungen bis hin zu einer 100%igen Absicherung der Versorgungslücke für Zahnersatz. Eine Entwicklung, die aus kalkulatorischer Sicht vor einigen Jahren noch durchaus kritisch gesehen wurde. Im Rahmen der vorliegenden Ratingmodifikation heben wir entsprechend den Mindeststandard für die Höchstnote im Bereich der Zahnersatzleistung an, eine lückenlose Absicherung ohne jegliche Eigenbeteiligung der Kunden fordern wir jedoch nicht.

In den beiden anderen Versorgungsbereichen ambulant und stationär sind Innovationen in den letzten Jahren rar gesät. Das könnte sich ändern, wenn es zu Kürzungen im Leistungskatalog der GKV kommt.

Unser modifizierter Rating-Ansatz folgt weiterhin dem Interesse der Kunden an einer zielgerichteten Absicherung einzelner Versorgungsbereiche – also z. B. Sehhilfen oder



Michael Franke und Katrin Bornberg, die Geschäftsführer der Franke und Bornberg GmbH. Foto: © Marc Theis

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 – nun auch mit dem Urteil FFF+ als Höchstbewertung. Eine Zusammenführung in ein Gesamtrating sehen wir aufgrund der unterschiedlichsten Kundeninteressen als nicht zielführend an. Mit Hilfe des modularen Ratingaufbaus können sich Verbraucher nach eigenem Bedarf über die gewünschten Teilqualitäten informieren und geeignete Tarife zusammenstellen.

Michael Franke

Katrin Bornberg

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.

Bewertungen 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 Situationen. Nur bei entsprechendem Hinweis kommen zielgruppenspezifische Beurteilungen zum Tragen. Beispielsweise der Bezug auf bestimmte Lebenssituationen.

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 den Versicherten, sich im Streitfall ein besseres Bild über ihre Chancen bei einem Gerichtsverfahren zu machen; ebenso können sie die Kalkulationssicherheit der Versicherer fördern. Denn erfahrungsgemäß entscheiden die Gerichte im Zweifelsfall für die für Versicherten günstigere Auslegungsalternative, unabhängig davon, ob die Versicherer diese Interpretation bei der Produktkalkulation berücksichtigt haben.

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 der Verbraucher stets die für potenzielle Kunden ungünstigste Auslegung des Bedingungstextes, unabhängig von der möglicherweise vom Anbieter intendierten Auslegung.

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 Kunden schaffen kann, unabhängig davon, ob bedingungsseitig Ausführungen vorgesehen sind – so etwa die Mitwirkungspflichten im Leistungsfall.

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 ein in das von Franke und Bornberg entwickelte Punktesystem mit Gewichtungsfaktoren. Auch professionelle Einschätzungen und Entscheidungen werden nicht jedem Einzelfall gerecht. Die Bewertungen von Franke und Bornberg können eine individuelle Beratung und Prüfung auf Eignung des Versicherungsproduktes/der Versicherungsgesellschaft für die spezielle Kundensituation nicht ersetzen.

Verhaltenskodex

Franke und Bornberg vermeidet Interessenskonflikte. Mitarbeitern ist es nicht gestattet, Versicherungen zu vermitteln oder an einem Vermittlungsunternehmen beteiligt zu sein. Das gilt gleichermaßen für das Unternehmen Franke und Bornberg GmbH. Wir bieten zudem keine Beratung zur Gestaltung von Versicherungsbedingungen an, da wir nicht das Ergebnis eigener Arbeit bewerten wollen.

III. Rating-Systematik

Wir untersuchen permanent die am Markt präsenten Produkte mit Hilfe einer umfassenden Analyse und erhalten so einen qualifizierten Überblick, welche Regelungen in welchen Ausprägungen/Varianten vorliegen. Die vorhandenen Regelungen unterziehen wir einem Benchmarking im Rahmen einer Skala von Null bis 100 (= die aus Versichertensicht 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.

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 besonderer Bedeutung sind.

Franke  Bornberg

FFF+

hervorragend • 0,5

Produkt
01|2022

Rating
01|2022

Mustergesellschaft

Musterprodukt
Tarif ABC

fb-rating.de

Ratingklassen

Nach Durchlauf des gesamten Bewertungsverfahrens ergibt sich für jedes Produkt eine Gesamtwertung und damit die Zuordnung in die entsprechende Ratingklasse (sieben Klassen von FFF+/hervorragend bis F /ungenügend). 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. Schulnoten erlauben eine Differenzierung innerhalb der Ratingklassen.

Die Ratingklassen von Franke und Bornberg

Prozentwerte	F-Note	Wortnote	Schulnote
≥ 85 %	FFF+	Hervorragend	0,5
≥ 75 %	FFF	Sehr gut	0,6 bis 1,5
≥ 65 %	FF+	Gut	1,6 bis 2,5
≥ 55 %	FF	Befriedigend	2,6 bis 3,5
≥ 45 %	F+	Ausreichend	3,6 bis 4,5
≥ 35 %	F	Mangelhaft	4,6 bis 5,5
< 35 %	F-	Ungenügend	5,6 bis 6,0

Die Analyse erfolgt in folgenden Leistungsbereichen:

➔ 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.

➔ Zahnbehandlung:

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

➔ 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.

➔ Sehhilfen:

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

für Sehhilfen definiert?

➔ Naturheilverfahren:

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

➔ 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 vorsehen, werden nicht geratet.

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 unseren Bewertungsverfahren zusätzliche Mindeststandards für die Ratingklassen FF, FF+, FFF 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; FFF 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 einer der darunter liegenden Klassen, ergibt sich eine Abstufung um zwei Bewertungsklassen. (Beispiel: Wurde zwar die Punktzahl für FFF+ erreicht, nicht aber der Mindeststandard für FFF+ bzw. FFF, 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. Auf der nachfolgenden Seite finden Sie 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

Leistungsanforderungen Rating KV-Zusatz Zahnersatz

FFF+

Erstattungsprozentsatz für Leistungen
im Rahmen der Regelversorgung

→ 100 %ige Erstattung

Erstattungsprozentsatz für Leistungen
über Regelversorgung hinaus

→ mindestens 90 %ige Erstattung

Erstattungsprozentsatz für Inlays

→ mindestens 90 %ige Erstattung

Leistung für augmentative Behandlung

→ grundsätzlich versichert

Leistung für Implantate

→ ohne Begrenzung

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ

→ Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz der GOZ

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht
in der Krankheitskostenteilversicherung

→ Verzicht

FFF

Erstattungsprozentsatz für Leistungen
im Rahmen der Regelversorgung

→ 100 %ige Erstattung

Erstattungsprozentsatz für Leistungen
über Regelversorgung hinaus

→ mindestens 80 %ige Erstattung

Erstattungsprozentsatz für Inlays

→ mindesten 80 %ige Erstattung

Leistung für augmentative Behandlung

→ grundsätzlich versichert

Leistung für Implantate

→ mindestens 6 pro Kiefer

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ

→ Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz der GOZ

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht
in der Krankheitskostenteilversicherung

→ Verzicht

FF+

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ

→ Erstattung mindestens bis zum Höchstsatz der GOZ

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht
in der Krankheitskostenteilversicherung

→ Verzicht

**Leistungsanforderungen Rating
KV-Zusatz Zahnbehandlung**

FFF+

Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung
ohne Vorleistung GKV

➔ 100 %ige Erstattung

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

FFF

Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung
ohne Vorleistung GKV

➔ mindestens 85 %ige Erstattung

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

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

FFF

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

FF+

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

FFF

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

FF+

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

FFF

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

FF+

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

FFF

Leistung für Vorsorgeuntersuchungen

➔ Verzicht auf die Altersbegrenzungen
bei gesetzlich eingeführten Programmen

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht
in der Krankheitskostenteilversicherung

➔ Verzicht

FF+

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht
in der Krankheitskostenteilversicherung

➔ Verzicht

IV. Ratingkriterien

KV-Zusatz – Zahnersatz

Kriterium	Anzahl Detailkriterien	Maximale Punktzahl
Besonderheiten - KV	1	50
Erstattungsfähige Leistungen – Zahn	11	1825
Heil- und Kostenplan	2	100
Kündigung - KV Zusatz	1	100
Staffelung der Höchstbeträge für Zahnersatz	6	225
Wartezeiten – KV	1	50

KV-Zusatz – Zahnbehandlung

Kriterium	Anzahl Detailkriterien	Maximale Punktzahl
Besonderheiten - KV	2	100
Erstattungsfähige Leistungen – Zahn	7	925
Kündigung - KV Zusatz	1	100
Wartezeiten – KV	1	50

KV-Zusatz – Stationäre Leistungen

Kriterium	Anzahl Detailkriterien	Maximale Punktzahl
erstattungsfähige ambulante Leistungen Krankenzusatzversicherung - KV	1	50
erstattungsfähige Leistungen stationär – KV	8	1450
erstattungsfähige stationäre Leistungen Krankenzusatzversicherung - KV	2	200
Kündigung - KV Zusatz	1	100
Wartezeiten – KV	1	20

KV-Zusatz – Sehhilfen

Kriterium	Anzahl Detailkriterien	Maximale Punktzahl
Besonderheiten – KV	1	50
Hilfsmittel Zusatz – KV	4	800
Kündigung – KV Zusatz	1	100
Wartezeiten – KV	1	50

KV-Zusatz – Naturheilverfahren

Kriterium	Anzahl Detailkriterien	Maximale Punktzahl
erstattungsfähige Leistungen – ambulant – KV	6	900
Kündigung – KV Zusatz	1	100
Wartezeiten – KV	1	50

KV-Zusatz – Vorsorge

Kriterium	Anzahl Detailkriterien	Maximale Punktzahl
erstattungsfähige Leistungen – ambulant – KV	4	800
Kündigung – KV Zusatz	1	100
Wartezeiten – KV	1	50