

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

Krankenversicherung
für Beamte

Bewertungsgrundlagen

Stand: 04. Juli 2024

Franke || Bornberg

Inhalt

I. Editorial.....	3
II. Bewertungsgrundsätze.....	4
III. Rating-Systematik.....	6
IV. fb-Standardprofil.....	11
V. Ratingkriterien/fb-Standardprofil.....	11

I. Editorial

Treue gegen lebenslange Fürsorge – so lautet die Kurzformel zum Beamtenstatus. Der Dienstherr muss für das Wohl seiner Beamtinnen und Beamten und ihrer Familien sorgen, und das ein Leben lang. Alle Leistungen bei Krankheit, Geburt, Tod und Pflegebedürftigkeit werden in den jeweiligen Beihilfeverordnungen der Länder und des Bundes geregelt.

Während des aktiven Dienstes übernimmt der Staat bei Krankheit in der Regel 50 % der Behandlungskosten. Für Ruheständler sind es sogar 70 %. Angehörige und Hinterbliebene haben nach bestimmten Regeln ebenfalls Anspruch auf Beihilfe. Die Lücke zwischen Leistungen des Dienstherrn und Gesamtkosten schließen Beamte meistens mit privatem Versicherungsschutz. Das macht Beamte und deren Angehörige zu einer zentralen Zielgruppe für die Private Krankenversicherung (PKV). Rund 4,6 Millionen Menschen und damit über die Hälfte aller PKV-Vollversicherten sind beihilfeberechtigt.

Leitplanken für bessere PKV-Tarife

Auf den ersten Blick wirkt die Tariflandschaft für Beamte noch immer etwas behäbig. Viele Tarifwerke sind in die Jahre gekommen und haben etwas Staub angesetzt. Doch seit 2024 weht dank neuer und moderner Beamtentarife ein frischerer Wind. Das könnte sich zum Startsignal für andere Versicherer entwickeln. Franke und Bornberg flankiert diese Phase mit dem neuen PKV-Rating für Beamte und bietet verlässliche Leitplanken auf dem Weg zu besseren Tarifen.

Orientierung für Vermittler

Die Suche nach den besten PKV-Tarifen für Beamte gestaltete sich für Vermittlerinnen und Verbraucher bislang äußerst schwierig. Die Tariflandschaft wird durch ein kaum überschaubares Angebot an Tarifkombinationen und Bausteinen gekennzeichnet – geschuldet den unterschiedlichen Beihilferichtlinien von Bund und Ländern. Umso wertvoller ist ein Ratingverfahren, das mehrere Tausend mögliche Tarife und Tarifkombinationen in ein Qualitätsraster einordnet. Es ist angelehnt an das Ratingverfahren für die Krankenvollversicherung, geht aber noch darüber hinaus.

Hohe Erwartungen an die PKV

Beamte stellen hohe Ansprüche an ihre Krankenversicherung. Das korrespondiert häufig mit ihrer gehobenen sozialen Stellung, aber auch mit besonderen Belastungen, denen einige Berufsgruppen ausgesetzt sind. Und weil Beamte für ihre Gesundheitsversorgung nur anteilig zahlen, können und wollen sie sich auch hochwertigen PKV-Schutz leisten. Das neue PKV-Rating Beamte von Franke und Bornberg wird erstmals dem besonderen Bedarf und den hohen Anforderungen von Beamtinnen und Beamten gerecht. Es vergleicht Beamtentarife nach 16 Hauptkriterien mit 126 Detailkriterien.



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

Punkte auf erstattungsfähige Leistungen für ambulante Behandlungen. Für die höchste Bewertungsstufe FFF+ hervorragend muss ein Beamtentarif 45 Mindeststandards erfüllen. Für die Note FFF sehr gut sind es immer noch 43 Standards.

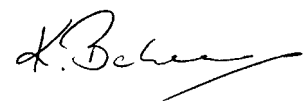
Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Leistungen der Beihilfeergänzungstarife gelegt, also der Tarifbausteine, die die Versorgungslücken auf der Beihilfeseite abdecken. Dafür wurden spezielle Leistungskriterien aufgenommen.

Es gibt noch viel Luft nach oben. Nur ein geringer Anteil der Tarife konnte beim Erstrating die Auszeichnung FFF+ hervorragend erreichen. Aber aus Erfahrung wissen wir, dass jedes neue Rating von Franke und Bornberg die Tarifqualität auf Sicht positiv beeinflusst. Wir freuen uns schon jetzt darauf.

Ihre



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 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 die Versicherten günstigere Auslegungsalternative, unabhängig davon, 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 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.

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 an kurzfristigen Vertriebsinteressen ausgerichteter Produktgestaltung mittel- bis langfristig gefährdet sein. Die zwangsläufigen Folgen sind dann eine restriktive Leistungspraxis als Korrektiv für nicht angemessene Risikokalkulation oder steigende Zahlbeiträge durch verminderte Überschüsse. 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.

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. 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 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 Sicht der Versicherer 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 Versicherungsgemeinschaft nur für einzelne Versicherte vorteilhaft sind, ergibt sich aus unseren Bewertungsgrundsätzen. Einen Abzug nehmen wir bei kollektivschädigenden Regelungen jedoch nicht vor.

Gewichtung

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

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

Franke  Bornberg

FFF+

hervorragend • 0,5

Sparte ABC

Produkt
01|2024

Rating
01|2024

AUSGEZEICHNET SEIT 20XX

Mustergesellschaft

Musterprodukt
Tarif ABC

f-b-rating.de

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.

Mindeststandards FFF+:

Gebiet des Versicherungsschutzes

- ➔ Weltweit

Leistungsausschlüsse bei Krieg

- ➔ Kein Leistungsausschluss, wenn keine Reisewarnung vorlag oder erst während der Reise ausgesprochen wurde und Versicherte Person das Land nicht verlassen kann

Erstattungsprozentsatz ärztliche Leistungen

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz bei Primärarztprinzip

- ➔ Freie Arztwahl (kein Hausarztprinzip)

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ ambulant

- ➔ Generelle Leistung ohne vorherige Genehmigung über die Höchstsätze hinaus

Erstattungsprozentsatz für Vorsorgeuntersuchungen

- ➔ Restkostensatz

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen

- ➔ Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen über das gesetzliche Maß hinaus

Erstattungsprozentsatz für Heilpraktikerleistungen

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für alternative Heilmethoden

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für ambulante Psychotherapeutische Leistungen

- ➔ Restkostensatz

Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie

- ➔ Mindestens 50 Sitzungen

Erstattungsprozentsatz für Arzneimittel

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Schutzimpfungen

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz Transportkosten zu ambulanten Behandlungen

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsfähige Transportkosten ambulant

- ➔ Leistung für Transportkosten zur und von der Heilbehandlung bei Gehunfähigkeit

Erstattungsfähige Transportkosten bei Therapie ambulant

- ➔ Leistungsanspruch vorhanden

Erstattungshöhe bei künstlicher Befruchtung

- ➔ Mindestens 50 %

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ stationär

- ➔ Generelle Leistung ohne vorherige Genehmigung über die Höchstsätze hinaus

Erstattungsprozentsatz für die Chefarztbehandlung

- ➔ Restkostensatz/100 %

Erstattungsprozentsatz für die Unterbringung im Einbettzimmer

- ➔ 100 %

Erstattungsprozentsatz für die Unterbringung im Zweibettzimmer

- ➔ Restkostensatz/100 %

Leistung für Anschlussheilbehandlung

- ➔ Leistungsanspruch vorhanden

Erstattungsprozentsatz für stationäre psychotherapeutische Leistungen

- ➔ Restkostensatz

Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie

- ➔ Mindestens 42 Tage

Erstattungsprozentsatz für Transportkosten zu stationären Behandlungen

- ➔ Restkostensatz

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ zahn

- ➔ Generelle Leistung ohne vorherige Genehmigung über die Höchstsätze hinaus

Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Inlays

- ➔ Restkostensatz

Leistung für Implantate

- ➔ Leistungsanspruch ohne Anzahl-Begrenzung

Erstattungsprozentsatz für augmentative Behandlung

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Material- und Laborkosten

- ➔ Restkostensatz

Beihilfeergänzung – für Material und Laborkosten

- ➔ Leistungsanspruch vorhanden

Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Zahnprophylaxe

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Erwachsene für kieferorthopädische Leistungen

- ➔ Erstattung mindestens nach Unfall und schwerer Erkrankung

Erstattungsprozentsatz für Kinder/Jugendliche für kieferorthopädische Leistungen

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für funktionsanalytische-/therapeutische Behandlungen

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Heilmittel

- ➔ Restkostensatz

Ergotherapie

- ➔ Ergotherapeuten sollen bedingungsseitig genannt sein

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

- ➔ Logopäden sollen bedingungsseitig genannt sein

Erstattungsprozentsatz für Hilfsmittel

- ➔ Restkostensatz

Offener Hilfsmittelkatalog

- ➔ Leistungsanspruch vorhanden

Krankenfahrstühle

- ➔ Leistungsanspruch ohne Summenbegrenzung und weitere Einschränkungen

Körperersatzstücke – Prothesen

- ➔ Leistungsanspruch ohne Summenbegrenzung und weitere Einschränkungen

Beihilfeergänzung – für Brillengläser

- ➔ Leistungsanspruch vorhanden

Mindeststandards FFF:

Gebiet des Versicherungsschutzes

- Weltweit

Leistungsausschlüsse bei Krieg

- Kein Leistungsausschluss, wenn keine Reisewarnung vorlag oder erst während der Reise ausgesprochen wurde und Versicherte Person das Land nicht verlassen kann

Erstattungsprozentsatz ärztliche Leistungen

- Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz bei Primärarztprinzip

- Freie Arztwahl (kein Hausarztprinzip)

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ ambulant

- Leistung mindestens bis zum Höchstsatz

Erstattungsprozentsatz für Vorsorgeuntersuchungen

- Restkostensatz

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen

- Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen über das gesetzliche Maß hinaus

Erstattungsprozentsatz für Heilpraktikerleistungen

- Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für alternative Heilmethoden

- Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für ambulante Psychotherapeutische Leistungen

- Restkostensatz

Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie

- Mindestens 50 Sitzungen

Erstattungsprozentsatz für Arzneimittel

- Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Schutzimpfungen

- Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz Transportkosten zu ambulanten Behandlungen

- Restkostensatz

Erstattungsfähige Transportkosten ambulant

- Leistung für Transportkosten zur und von der Heilbehandlung bei Gehunfähigkeit

Erstattungsfähige Transportkosten bei Therapie ambulant

- Leistungsanspruch vorhanden

Erstattungshöhe bei künstlicher Befruchtung

- Mindestens 50 %

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ stationär

- Leistung unter bestimmten Bedingungen über die Höchstsätze hinaus

Erstattungsprozentsatz für die Chefarztbehandlung

- Restkostensatz/100 %

Erstattungsprozentsatz für die Unterbringung im Zweibettzimmer

- Restkostensatz/100 %

Leistung für Anschlussheilbehandlung

- Leistungsanspruch vorhanden

Erstattungsprozentsatz für stationäre psychotherapeutische Leistungen

- Restkostensatz

Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie

- Mindestens 42 Tage

Erstattungsprozentsatz für Transportkosten zu stationären Behandlungen

- Restkostensatz

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ zahn

- Leistung mindestens bis zum Höchstsatz

Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz

- Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Inlays

- Restkostensatz

Leistung für Implantate

- Mindestens 6 Implantate pro Kiefer

Erstattungsprozentsatz für augmentative Behandlung

- Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Material- und Laborkosten

- ➔ Restkostensatz

Beihilfeergänzung – für Material und Laborkosten

- ➔ Leistungsanspruch vorhanden

Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Zahnprophylaxe

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Erwachsene für kieferorthopädische Leistungen

- ➔ Erstattung mindestens nach Unfall und schwerer Erkrankung

Erstattungsprozentsatz für Kinder/Jugendliche für kieferorthopädische Leistungen

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für funktionsanalytische-/therapeutische Behandlungen

- ➔ Restkostensatz

Erstattungsprozentsatz für Heilmittel

- ➔ Restkostensatz

Ergotherapie

- ➔ Ergotherapeuten sollen bedingungsseitig genannt sein

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

- ➔ Logopäden sollen bedingungsseitig genannt sein

Erstattungsprozentsatz für Hilfsmittel

- ➔ Restkostensatz

Krankenfahrräder

- ➔ Leistungsanspruch mindestens 10.000 EUR in angemessener Ausführung

Körperersatzstücke – Prothesen

- ➔ Leistungsanspruch mindestens 10.000 EUR in angemessener Ausführung

Beihilfeergänzung – für Brillengläser

- ➔ Leistungsanspruch vorhanden

Mindeststandards FF+:

Gebiet des Versicherungsschutzes

- ➔ Weltweit

Leistungsausschlüsse bei Krieg

- ➔ Kein Leistungsausschluss, wenn keine Reisewarnung vorlag oder erst während der Reise ausgesprochen wurde und Versicherte Person das Land nicht verlassen kann

Erstattungsfähige Transportkosten ambulant

- ➔ Leistung für Transportkosten zur und von der Heilbehandlung bei Gehunfähigkeit

Erstattungsfähige Transportkosten bei Therapie ambulant

- ➔ Leistungsanspruch vorhanden

Erstattungshöhe bei künstlicher Befruchtung

- ➔ Mindestens 50 %

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOÄ stationär

- ➔ Leistung mindestens bis zum Höchstsatz

Erstattungsprozentsatz für die Chefarztbehandlung

- ➔ Restkostensatz/100 %

Erstattungsprozentsatz für die Unterbringung im Zweibettzimmer

- ➔ Restkostensatz/100 %

Leistung für Anschlussheilbehandlung

- ➔ Leistungsanspruch vorhanden

Begrenzung der Dauer für stationäre Psychotherapie

- ➔ Mindestens 20 Tage

Höhe der erstattungsfähigen Leistungen nach GOZ zahn

- ➔ Leistung mindestens bis zum Höchstsatz

Erstattungsprozentsatz für Erwachsene für kieferorthopädische Leistungen

- ➔ Erstattung mindestens nach Unfall und schwerer Erkrankung

Ergotherapie

- ➔ Ergotherapeuten sollen bedingungsseitig genannt sein

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

- ➔ Logopäden sollen bedingungsseitig genannt sein

IV. fb-Standardprofil

Gemäß der unter Punkt III dargestellten Ratingsystematik prüfen wir die Vertragsgrundlagen für ein Produkt anhand eines umfassenden Kriterienkatalogs, der alle relevanten, bedingungsseitig geregelten Sachverhalte abbildet.

Für das Ratingverfahren treffen wir eine Auswahl an Kriterien, die für die Vertragsgestaltung und den Leistungsanspruch der Versicherten von besonderer Bedeutung sind. Diese Kriterienauswahl findet sich auch im fb-Standardkriterienprofil wieder, das in den Vergleichsprogrammen der fb research GmbH hinterlegt ist.

Unter Ansetzung der identischen Gewichtungen ergibt sich daraus aus dem Verhältnis von erreichten zu möglichen Punkten ein entsprechender Qualitätsindex.

Die Kriterien sind unter Punkt V. aufgeführt.

V. Ratingkriterien/fb-Standardprofil

Kriterium	Anzahl Detailkriterien	Maximale Punktzahl
Auslandsaufenthalte	7	1.100
Ausschlüsse	1	250
Beitragsrückerstattung	1	100
Erstattungsfähige Leistungen – ambulant	31	5.550
Erstattungsfähige Leistungen – Kur	6	900
Erstattungsfähige Leistungen – stationär	16	3.650
Erstattungsfähige Leistungen – Zahn	17	3.900
Heil- und Kostenplan	2	200
Heilmittel	6	1.100
Hilfsmittel	17	2.800
Möglichkeiten zur Beitragsbefreiung	1	100
Sehhilfen	9	1.450
Staffelung der Leistungshöchstbeträge	6	500
Umstellungsoptionen	1	100
Versicherung von Neugeborenen	1	300
Wartezeiten	4	200
Gesamt		22.200