

# Rating Stationäre Krankenzusatztarife



- 1- und 2-Bettzimmertarife
- 2-Bettzimmertarife

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 123 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife Anbieter im Test: 39
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	29.05.2017

Eine Ergänzungsversicherung, die Kosten für privatärztliche Behandlungen und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer übernimmt, kann Leben retten. Schließlich ermöglicht eine solche Versicherung unter Umständen die kostenintensive Behandlung durch einen Spezialisten, der bei reiner Kassenversorgung nicht zur Verfügung stehen würde. Die Bedeutung stationärer Ergänzungsversicherungen nimmt durch den schleichenden Leistungsabbau in der gesetzlichen Krankenversicherung stark zu.

Zunehmend ist auch bei stationär Zusatzversicherten eine bevorzugte Terminvergabe in Kliniken, dort insbesondere in Fachabteilungen, zu bemerken. Dies ist unabhängig von der tatsächlichen Dringlichkeit im Einzelfall.

Ein Hauptproblem ist die grundsätzliche personelle Unterversorgung nicht nur in den Krankenhäusern. Daraus resultieren eine Überforderung des Personals, massive Überstunden, Stress und immer wieder auch eine Fehlversorgung der Patienten. Wer mit privatem Versicherungsschutz punkten kann, stellt sich in vielen Fällen besser, da Wahlleistungen vielfach mit einer besseren Qualität erbracht werden als vergleichbare Kassenleistungen.

Die aktuell am Markt befindlichen Tarife unterscheiden sich bezüglich der Unterbringung vorrangig durch folgende Merkmale:

- Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmer
- Unterbringung im Zweibettzimmer
- Unterbringung bei Unfällen im Ein-,

- sonst im Zweibettzimmer
- Unterbringung bei Unfällen im Zweibett-, sonst gesetzlich im Mehrbettzimmer

Wichtig bleibt die Feststellung, dass auch Patienten mit einem Anspruch auf verbesserte Unterbringung diesen nur durchsetzen können, wenn im Krankenhaus auch entsprechende Plätze zur Verfügung stehen. Üblich ist daher eine Entschädigungsleistung in Form eines Ersatzkrankenhaustagegeldes bei Verzicht auf die „Wahl“ eines Ein- oder Zweibettzimmers. Hilfreich kann auch die Feststellung sein, dass im Einzelfall nur Einbett- oder Zweibettzimmer zur Verfügung stehen, ohne dass Leistungen aus der Krankenzusatzversicherung hierfür in Anspruch genommen werden müssen.

Einige Tarife sehen ergänzend Rooming-In-Leistungen vor. Wenn also ein jüngeres Kind ins Krankenhaus kommt, werden die Eltern vielfach mit diesem im selben Zimmer nächtigen wollen, vielleicht auch, um diesem die Angst vor dem Alleinsein in einer ungewohnten Situation zu nehmen. Die dadurch resultierenden zusätzlichen Kosten übernehmen jedoch nur wenige Tarife wie etwa von Advigon und HALLESCHE.

Einige neue Tarife übernehmen ausschließlich die Kosten für einen unfallbedingten stationären Aufenthalt. Diese werden im Rahmen dieses Ratings zwar erfasst, nicht jedoch bewertet. Eine Variante dieser Tarifkonstruktion bietet der Tarif MediClinic der Gothaer. Hier steht dem Versicherten grundsätzlich eine Unterbringung nur im Zweibettzimmer zu. Erfolgt die Einlieferung ins Krankenhaus jedoch unfallbedingt, so besteht abwei-

chend Anspruch auf eine Unterbringung im Einbettzimmer.

Ohne ergänzende Krankenzusatzversicherung kostet eine Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer für gesetzlich Versicherte einen Aufschlag von ca. 65 bis 85 Euro bzw. 35 bis 45 Euro täglich auf die reguläre Kassenleistung. Privatärztliche Leistungen werden in den meisten leistungsstarken stationären Ergänzungstarifen ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht. Allerdings begrenzen einige ihre Leistung auf den Höchstsatz der GOÄ (3,5fach). Voraussetzung für eine Leistung über dem Höchstsatz GOÄ ist stets eine gültige Honorarvereinbarung mit dem behandelnden Krankenhaus, woraus jedoch nicht in allen Tarifen deutlich genug hingewiesen wird. Dies ist insofern weniger tragisch, als dass Ärzte ohne ausdrückliche schriftliche Vereinbarung keine Leistungen oberhalb des Höchstsatzes der GOÄ abrechnen dürfen.

### Allgemeine Gedanken zur stationären Absicherung

Grundsätzlich sollte beachtet werden, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen medizinisch notwendig sein muss. Wenn also eine Behandlung mit voraussichtlich gleichem Erfolg auch ambulant durchgeführt werden kann, so fehlt es an der medizinischen Notwendigkeit, weshalb der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist. Ist eine stationäre Unterbringung jedoch zwingend anzuraten, so besteht auch bei fehlender Notwendigkeit der Anspruch, vertraglich vereinbarte privatärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, wobei jedoch der Kostensatz in einem

sachlichen Verhältnis zur Tätigkeit des Arztes stehen sollte. Eine medizinische Notwendigkeit kann auch vorliegen, wenn ambulante Behandlungsmethoden über einen längeren Zeitraum erfolglos geblieben sind oder die Durchführung ambulanter Operationen aus persönlichen Gründen nicht durchführbar ist. Einzig und allein der Versicherungsnehmer hat nachzuweisen, dass eine stationäre Unterbringung wie auch die hier angewandte Behandlungsmethode medizinisch notwendig waren. Es reicht dabei im Zweifel nicht aus, sich auf die Sichtweise des behandelnden Arztes zu berufen (z.B. OLG Düsseldorf vom 22.03.1983 - VersR 1984, 274).

Wiewohl es sicher hilfreich ist, sich vor Beginn einer stationären Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung des Versicherers schriftlich einzuholen, so besteht hierzu keine rechtliche Pflicht. Speziell im Zusammenhang mit „gemischten Anstalten“ kann dies nur dringend angeraten werden. Da es dem Versicherten obliegt, ein im Sinne der Bedingungen geeignetes Krankenhaus zu wählen, das unter ständiger ärztlicher Leitung stehen muss, macht auch hier eine vorherige Absprache Sinn. Nicht zulässig ist es übrigens, wenn ein Versicherer die stationäre Heilbehandlung mit dem Hinweis ablehnt, dass keine akute Erkrankung vorliege. Im Unterschied zur privaten Krankenvollversicherung sollten stationär Zusatzversicherte darauf achten, dass für sie der Zugang zu rein privaten Kliniken nicht offen steht. Hier fehlt es an der gesetzlichen Vorleistung für die Regelversorgung. Einige wenige Tarife erbringen auch hierfür Leistungen. Dies macht aber nur Sinn, wenn ausreichend Kapital zur Verfügung steht, um aus privaten Mitteln die allgemeinen Krankenhausleistungen zu bestreiten. **Aus diesem Grunde wurde es nicht bewertet, wenn Tarife auch ohne Vorleistung der GKV eine Versicherungsleistung erbringen.**

Wichtig sind auch die Einschränkungen bei einem dauerhaften Verzug ins Ausland. Da der Versicherte damit aus dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem herausfällt, erlischt auch der stationäre Ergänzungsschutz. Wer jedoch

seinen Hauptwohnsitz in Deutschland behält, kann mitunter noch viele Monate lang in Deutschland versichert bleiben, ohne dass speziell im außereuropäischen Ausland Leistungen von der GKV eingefordert werden können. Anbieterabhängig kann für die stationäre Zusatzversicherung bei länger andauernden Auslandsaufenthalten eine Anwartschaft vereinbart werden. Bei der Signal Iduna kostet diese beispielsweise 3% von der Tarifprämie. Die Umwandlung in einen vollwertigen Tarif und damit der Wegfall der Anwartschaft kann jederzeit erfolgen, setzt jedoch einen Nachweis über die erfolgte Rückreise nach Deutschland (z.B. ein Flugticket) voraus. Grundsätzlich gilt, dass auch Tarife mit scheinbarer unbegrenzter Weltgeltung im Ausland nur dann von Nutzen sind, wenn eine Leistung unabhängig von der Vorleistung einer GKV erbracht wird.

### Rating-Systematik

Ohne Wertung blieben Tarife mit Leistungen ausschließlich bei unfallbedingter stationärer Behandlung. Grundlage für das Rating waren insgesamt **22 Leistungskriterien**. Diese umfassen alle wesentlichen Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden: u.a. Verzicht auf Wartezeiten bei unfallbedingter stationärer Behandlung, Leistung auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, Einweisungsklausel oder Kostenübernahme für ambulante Operationen.

Die einzelnen **Bedingungen wurden bewertet mit -8 bis 16 Punkten**. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw. vierten Platz. Jede Regelung, die besser als die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, aber schlechter als die viertbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Die Standardregelung entsprechend Verbandsempfehlung erhält keine Punkte. Im Zweifelsfall gilt gleiches für rein implizite Einschlüsse ohne bedingungsseitige Regelung. Schlechterstellungen gegenüber den Musterbedingungen werden mit 8 Punkten Abzug bestraft.

Jedes Kriterium wurde mit einem **Faktor zwischen 1 und 3** gewichtet.

Dabei wurden besonders wichtige Leistungen (z.B. Erstattung über Höchstsatz GOÄ, Kostenübernahme für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen sowie ambulante Operationen) mit dem Faktor 3, etwas weniger wichtige Leistungen (z.B. Kostenübernahme in gemischten Instituten ohne vorherige schriftliche Zusage) mit dem Faktor 2 und eher nebensächliche Leistungen (z.B. Wartezeitverzicht bei unfallbedingter stationärer Behandlung, Kostenübernahme für medizinisch bedingte stationäre Vorsorgeuntersuchungen) mit dem Faktor 1 bewertet. Nicht bewertet wurde es, inwiefern ein Tarif Alterungsrückstellungen bildet (z.B. Tarife von Arag, Gothaer, HALLESCHE oder Süddeutsche) oder darauf verzichtet (z.B. Tarife aus dem Hause Advigon, Tarif SZ 2R der Nürnberger). Vielen Kunden ist nicht bewusst, dass auch Tarife mit Alterungsrückstellungen im Alter aufgrund von neuen Therapieformen, dem Älterwerden des Kollektivs im Bestand sowie steigender Kosten meist in der Prämie steigen und Tarife für Kinder und Jugendliche allgemein ohne Rückstellungen kalkuliert sind. Anders als bei den von Alterungsrückstellungen befreiten Tarifen ist die Höhe der Anpassung viel schwieriger zu prognostizieren. Denn oft stellt sich nachträglich heraus, dass die gebildete Alterungsrückstellung zu gering war und aufgestockt werden muss – nicht selten sind dann zusätzliche Beitragserhöhungen von 20% und mehr alleine deshalb erforderlich. Überraschend hohe Beitragsanpassungen in den letzten Jahren haben oft hierin ihre Ursache. Bei den Tarifen ohne Alterungsrückstellungen lässt sich die Steigerung anhand der altersabhängigen Beitragstabellen dagegen gut voraussehen. Auch die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen spielen bei der Prämienentwicklung eine Rolle – dies gilt aber für beide Kalkulationsverfahren: dagegen helfen auch Alterungsrückstellungen nichts.

Kritiker von Tarifen ohne Alterungsrückstellungen verweisen auf die gerade in hohem Alter „stark erhöhten“ Prämien im Vergleich zu Tarifen mit herkömmlicher Tarifkalkulation nach Art der Lebensversicherung. Wer frühzeitig in jungen Jahren eingesparte

Beiträge gut verzinst anlegt, dürfte bei Tarifen ohne Alterungsrückstellung auf lange Sicht besser fahren, da dieses Geld anders als die Rückstellungen im Todesfall nicht verloren gehen. Wem jedoch die Disziplin fehlt, die Prämienersparungen anzulegen, der kann in der Tat in hohem Alter mit unvorteilhaft starken Prämien rechnen. Der Aktuar und Sachverständige für Versicherungsmathematik Peter Schramm, hat berechnet, dass Alterungsrückstellungen meist erst ab etwa dem 80. Lebensjahr greifen. Allerdings werden laut Statistik gut 75% aller privaten Krankenversicherungen vor dem 65. Lebensjahr gekündigt, so dass die bis dahin um bis zu 50% erhöhten Prämien völlig umsonst gezahlt wurden. Mehr zum Thema stationäre Ergänzungstarife mit und ohne Alterungsrückstellungen finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 4/2009, S. 54-55.

Die Bewertung erfolgte getrennt für Männer und Frauen in den Kategorien „stationäre Ergänzung für 1- / 2-Bettzimmer“ sowie „stationäre Ergänzung im Zweibettzimmer“. Weiter wurde sowohl das Preis- / Leistungsverhältnis wie auch eine Einzelwertung für das Bedingungsmerk und das allgemeine Prämienniveau vergeben. Für letzteres wurden die aktuellen Durchschnittsprämien der erfassten Anbieter in den Alterstufen von 25 bis 55 Jahre erfasst. Sieht ein Tarif keinen Versicherungsschutz für den vollständigen benannten Zeitraum vor (z.B. der Optionstarif ZSWR-OPT der Mannheimer oder der Tarif SZ2R der Nürnberger), so wurde dieser nur hinsichtlich des Leistungsniveaus bewertet.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden **K.O.-Kriterien** festgelegt, die das Erreichen der Bewertung mit Gold im Bedingungs- und gewichteten Preis- / Leistungsrating verhindern:

- Ausdrückliche Kostenübernahme auch für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen
- Leistung auch über dem Höchstsatz GOÄ, sofern eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt (keine Einzelfallentscheidung nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers)
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Für eine Bewertung mit **Gold** ist zusätzliche Voraussetzung die ordentliche oder außerordentliche Mitgliedschaft des Versicherers beim Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung.

Einige Anbieter verweisen darauf, dass sie auch ohne bedingungsseitige Regelung die Kosten für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen übernehmen, ohne dies bedingungsseitig verankert zu haben. Begründet wird dies mit § 115a SGB V, allerdings resultiert je nach Anbieter eine unterschiedliche Auslegung. So schreibt die **Süddeutsche**: „Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.“ Bei der **Allianz** heißt es hingegen: „In der Praxis leistet die APKV jedoch tariflich für die wahlärztliche Behandlung bei ambulanten Vor- und Nachuntersuchungen in Anlehnung an das SGB bis 5–7 Tage vor und bis 14 Tage nach dem stationären Aufenthalt.“ Auch die **DKV** äußert sich, dass man entsprechende Kosten übernehmen werde, ohne dies jedoch in ihren Vertragsunterlagen klar zu stellen. Eine bedingungsseitige Klarstellung erscheint daher angeraten, zumal nicht alle Anbieter diese Auffassung zu teilen scheinen. Insbesondere geht es darum, ob diese Kosten auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erbracht werden (wahlärztliche Leistungen), ohne dass es einer bedingungsseitigen Regelung bedarf.

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Wer Wert auf besondere Leistungen legt, sollte sicherstellen, dass der gewählte Versicherer diese auch erbringt. So erstatten nur wenige Versicherer die Kosten für die zunehmend häufiger werdenden ambulanten Operationen, und auch nicht jeder Kunde wünscht Tarife mit (ohne) Bildung von Alterungsrückstellungen.

Die Durchschnittsprämien der bislang erfassten Tarife lauten wie folgt:

1- und 2-Bettzimmertarife  
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)  
**54,48 €**

2-Bettzimmertarife  
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)  
**38,87 €**

Eine Reihe von Versicherer ist mittlerweile auf den Markt gedrängt, die ganz bewusst auf die Bildung von Alterungsrückstellungen verzichten. Damit sind die entsprechenden Tarife von z.B. Advigon, die Continentale, Die Bayerische, Inter oder Janitos nicht direkt mit den anderen Wettbewerbern vergleichbar. Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurde das Prämienniveau für diese Tarife mit einem Zuschlag von 45 Prozent versehen.

Einige Tarife sind nur für spezielle Eintrittsalter kalkuliert oder leisten nur bei stationären Aufenthalten als Folge von Unfällen oder definierten schweren Krankheiten. Aufgrund von fehlender Vergleichbarkeit wurden diese Tarife zwar erfasst, nicht jedoch bewertet.

### Note Bedingungsrating

- WFS 1 (Gold): mindestens 90% der erreichten Höchstpunktzahl
- WFS 2 (Silber): mindestens 85% der erreichten Höchstpunktzahl
- WFS 3 (Bronze): mindestens 80% der erreichten Höchstpunktzahl

### Note Prämienniveau

- WFS 1 (Gold): höchstens 85% der Durchschnittsprämie
- WFS 2 (Silber): höchstens 90% der Durchschnittsprämie
- WFS 3 (Bronze): höchstens 95% der Durchschnittsprämie

### Note Preis- / Leistungs niveau

Im Preis- / Leistungsverhältnis wurden die Bedingungen im Vergleich zur Prämie doppelt gewichtet. Tarife mit einer mehr um 5% über dem Durchschnitt liegenden Prämie konnten keine Auszeichnung erhalten.

- WFS 1 (Gold): mindestens 85% der Höchstwertung
- WFS 2 (Silber): mindestens 80% der Höchstwertung
- WFS 3 (Bronze): mindestens 75% der Höchstwertung

## Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Einzelrating Bedingungen		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmertarife	Wertung
Axa	Komfort Start-U, Stand 12.2014**	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
	Komfort-U, Stand 04.2014	
Barmenia	TopS, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
Allianz	Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Best, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>SILBER</b>
Gothaer	Medi Clinic Premium, Stand 04.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>SILBER</b>
UniVersa	uni-SZ, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>SILBER</b>
Arag	261, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>BRONZE</b>
Hallesche	CSAW.1, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>BRONZE</b>
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>BRONZE</b>
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Allianz	Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Plus, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
Arag	262, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
Continental	SG2, Stand 01.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
Die Bayerische	V.I.P. stationär Komfort, Stand 05.2014	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
DKV	KGZ2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
Hallesche	CSAW.2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>
uniVersa	uni-SZ II Plus, Stand 10.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>GOLD</b>

## Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Einzelrating Bedingungen		
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Advigon	privat stationär, Baustein privatzt spezial, Stand 10.2015*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>SILBER</b>
BBKK	KlinikPRIVAT2, Stand 05.2015	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>SILBER</b>
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>SILBER</b>
Signal Iduna	KlinikTOP, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>SILBER</b>
	KlinikTOP1pur, Stand 01.2013	
uniVersa	uni-SZ II, Stand 10.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>SILBER</b>
Concordia	SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>BRONZE</b>
Union	KlinikPRIVAT/2, Stand 05.2015	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Bedingungen - <b>BRONZE</b>

Einzelrating Prämienniveau für das Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmertarife	Wertung
Advigon	privat stationär, Baustein komfort premium, Stand 10.2015*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - <b>GOLD</b>
Die Bayerische	V.I.P stationär Prestige, Stand 01.05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - <b>GOLD</b>
Hanse-Merkur	PSG, Stand 01.01..2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - <b>GOLD</b>
HUK-Coburg	SZ, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - <b>GOLD</b>
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - <b>GOLD</b>
Janitos	JA Stationär Plus, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - <b>GOLD</b>
LKH	S400E, Stand 03.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - <b>GOLD</b>

## Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Einzelrating Prämienniveau für das Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmertarife	Wertung
Axa	Komfort-U, Stand 04.2014	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>SILBER</b>
Provinzial Hannover	KHPu, KHPUu, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>SILBER</b>
Barmenia	S+, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>BRONZE</b>
Concordia	SZ1, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>BRONZE</b>
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>GOLD</b>
	Nicht vergeben	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>SILBER</b>
Arag	262, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>BRONZE</b>
Concordia	SZ 2, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>BRONZE</b>
Die Bayerische	V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>BRONZE</b>
UniVersa	SZII, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Prämienniveau: ... <b>BRONZE</b>

## Rating Stationäre Krankenzusatztarife

Preis- / Leistungsniveau		
Gesellschaft	1- und 2-Bettzimmertarife	Wertung
Axa	Komfort-U, Stand 04.2014	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>GOLD</b>
Barmenia	Top S, Stand 01.2013	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>GOLD</b>
Die Bayerische	V.I.P stationär Prestige, Stand 01.05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>GOLD</b>
Gothaer	MediClinic Premium, Stand 04.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>GOLD</b>
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>GOLD</b>
Advigon	privat stationär, Baustein komfort premium, Stand 10.2015*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>SILBER</b>
Janitos	JA stationär plus, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>BRONZE</b>
Gesellschaft	2-Bettzimmertarife	Wertung
Arag	262, Stand 01.05.2016	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>GOLD</b>
Die Bayerische	V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.05.2014*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>GOLD</b>
Gothaer	MediClinic Plus, Stand 04.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>GOLD</b>
Inter	INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013*	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>GOLD</b>
	Nicht vergeben	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>SILBER</b>
Gothaer	MediClinic2, Stand 01.2017	 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz Preis-/Leistungslevel <b>BRONZE</b>

Bitte beachten: die Standangabe entspricht dem jüngeren Wert aus Beitragsanpassung oder Bezeichnung auf dem Tarifwerk. Beispiel Hallesche (Tarif:CSAW.2). Die letzte Beitragsanpassung erfolgte zu 05.2016. Teil III des Bedingungswerks trägt den Stand 01.2017. Damit wird als Stand 01.2017 benannt.

\* Tarif ohne Alterungsrückstellungen bei Erwachsenen

\*\* Tarif ohne Alterungsrückstellungen bei Erwachsenen. Der Versicherer macht dem Versicherungsnehmer zum Ablauf des 10. Versicherungsjahres, frühestens jedoch nach Vollendung des 20. Lebensjahres, ein Angebot auf Wechsel in den leistungsgleichen Tarif Komfort-U mit Alterungsrückstellungen ohne Gesundheitsprüfung.