

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Daniel Mustermann

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

finanz-profil GmbH & Co. KG, finanz-profil GmbH & Co. KG Carl Gitter
Liebknechtstraße 28, 99510 Apolda
Telefon: 03644 / 51 80 18, Mobil: 0173 / 57 15 099, Telefax: 03644 / 51 80 19
Email: info@finanz-profil.de, Internet: www.versicherung-rechner.de

Levelnine

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname: Daniel
Nachname: Mustermann
Geburtsdatum: 05.11.1981
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Arbeitnehmer/in
Status: Versicherungsnehmer

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.12.2020
Tarifgebiet: West
Tarifarten: Krankenvollversicherung
Krankentagegeld 100 € ab 43. Tag

Vorgeschlagene Tarife

Anhand Ihrer Vorgaben habe ich folgende Tarife aus über 35 privaten Krankenversicherungsanbietern für Sie ermittelt. Auf den folgenden Seiten werden die Tarife näher erläutert.

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
Süddeutsche	AM13 S1 Z9 PPN TA 6	726,09 €
Universa	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	500,38 €
Barmenia	einsA prima+ 1 PVN T42+	609,16 €
Alte Oldenburger	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	757,30 €
GKV	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43	909,39 €

Wenn Sie Fragen zu den vorgeschlagenen Produkten haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Anhand Ihrer Angaben und Wünsche habe ich folgende Tarife für Sie ermittelt. Bitte beachten Sie auch die jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Süddeutsche		Universa		Barmenia		Alte Oldenburger		GKV	
AM13	275,44 €	uni-introPrivat 300	317,39 €	einsA prima+ 1	458,37 €	A90/100	363,84 €	GKV Arbeitnehmer (DAK)	754,69 €
<p>Ambulanter Tarif mit 30% Selbstbeteiligung, max. 960 EUR p.a. (hälftige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird)</p> <p>Beitragsrabatt von 15% für Apotheker und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen - bei Verzicht auf Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel</p> <p>Tarifstand: 01.05.2017</p>		<p>Kompakttarif: - 100% Erstattung für ambulante Behandlung Hausarztprinzip (75% Erstattung bei Nichteinhaltung) - 75% Heilpraktiker - 75% Heilmittel - 75% Hilfsmittel (Eigenanteil bei größeren Hilfsmitteln auf 1.000 EUR p. a. begrenzt) - 75% Arznei- und Verbandmittel, max. Selbstbeteiligung 625 EUR p. a. - 100% Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt) - 100% Zahnbehandlung, 60% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. 300,- € Selbstbehalt auf den gesamten Tarif p.a.</p> <p>Booklet KVB-800_11.19</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>		<p>Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung bei Einhaltung Primärarztprinzip (sonst 80%) 80% Heilpraktiker 80% Psychotherapie</p> <p>Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung</p> <p>Zahn: 100% Zahnbehandlung 80% Zahnersatz 80% Kieferorthopädie</p> <p>Selbstbehalt: 300 € Selbsthalt p.a. (Kinder hälftige SB)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>		<p>Ambulanter Tarif mit 10% Selbstbeteiligung, max. 165,- € p.a.</p> <p>Teil III, Stand 01/2020</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>		<p>Gesetzliche Krankenversicherung (Beispiel DAK) Höchstbeitrag für Arbeitnehmer.</p> <p>Es wird eine (fiktive) Selbstbeteiligung von 1.125 EUR p.a. unterstellt.</p> <p>Bis Alter 18 wird der Beitrag für freiwillig versicherte Kinder inkl. Pflegepflichtbeitrag angezeigt!</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>	
S1	202,70 €	uni-SZ II plus	39,98 €			K20	161,56 €		
<p>Stationärer Tarif: - Regel- und Wahlleistungen (1- oder 2-Bettzimmer, Wahlarzt, Belegarzt)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>		<p>Stationäre Zusatzversicherung für Beihilfeberechtigte (in Ausbildung), Tarifregion Ost (uni-intro/Privat-Spezial) und uni-intro/Privat 300</p> <p>- 2-Bettzimmer - Privatarzt - Krankentransporte</p> <p>Booklet KVB-800_11.19</p> <p>Tarifstand: 01.10.2016</p>				<p>Stationärer Tarif: Erstattung der Regel- u. Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt).</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>			

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Süddeutsche		Univera		Barmenia		Alte Oldenburger		GKV	
Z9	97,87 €	uni-ZZ	11,76 €			Z100/80	74,59 €		
Zahntarif: - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 90% - Kieferorthopädie: 90% Tarifstand: 01.05.2017		Ergänzungstarif für zahnärztliche Heilbehandlung für Versicherte nach Tarifstufe uni-intro Privat 300 20% für - zahntechnische Leistungen bei Inlays - zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz - zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung/ Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen Booklet KVB-800_11.19 Tarifstand: 01.01.2019				Zahntarif: 100% Zahnbehandlung, 80% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Tarifstand: 01.01.2020			
Gesetzlicher Zuschlag:	57,60 €	Gesetzlicher Zuschlag:	36,91 €	Gesetzlicher Zuschlag:	45,84 €	Gesetzlicher Zuschlag:	60,00 €		
PPN	48,48 €	PVN	49,14 €	PVN	48,95 €	PVN	47,91 €	PVN	154,69 €
Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020		Gesetzliche Pflegepflichtversicherung. (Höchstbeitrag, inkl. Kinderlosenzuschlag) Tarifstand: 01.01.2020	

Analyse Krankenversicherung












































Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Süddeutsche		Univera		Barmenia		Alte Oldenburger		GKV	
TA 6	44,00 €	uni-KT 43	45,20 €	T42+	56,00 €	KTV 6	49,40 €	KT43	0,01 €
Krankentagegeld ab dem 43. Tag.		Krankentagegeld ab dem 43. Tag		Krankentagegeld ab dem 43. Tag.		Krankentagegeld ab dem 43. Tag in Verbindung mit einer Vollversicherung bei der Alten Oldenburger.		Krankengeldanspruch i.H. von 109,38 € ab dem 43. Tag	
Sofern Tarif TA nicht mit einem Krankheitskostentarif zusammen besteht, erhöht sich der Beitrag um 40%.		!!! nur mit/neben KV Voll bei der universa abschließbar/versicherbar oder als Zusatzversicherung für GKV versicherte Arbeitnehmer !!!		max. versicherbarer Tagessatz für: - Arbeitnehmer: 400 EUR - Selbstständige/Freiberufler (mit Meisterbetrieb, Ladengeschäft, Praxis) : 400 EUR - GKV-Versicherte < KV-Pflichtgrenze: 35 EUR		AVB: Teil I (MB/KT 2009) und Teil II (Tarifbedingungen), Stand 01/2018		Tarifstand: 01.01.2017	
max. versicherbarer Tagessatz 250 EUR		Booklet KVB-800_11.19		Höchstgrenzen für alle anderen, nicht genannten, versicherbaren Berufsgruppen sind beim Versicherer zu erfragen.		max. Tagessatz: Voranfrage beim/vom Versicherer erwünscht			
Tarifstand: 01.01.2018		max. Tagessatz: 625 EUR (mind. 10 EUR)		Tarifstand: 01.01.2019		Tarifstand: 01.01.2014			
		Tarifstand: 01.01.2020							
Gesamtbeitrag mtl.:	726,09 €		500,38 €		609,16 €		757,30 €		909,39 €
Arbeitnehmeranteil mtl.:	378,82 €		250,19 €		304,58 €		410,31 €		529,94 €
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	458,82 €		275,19 €		329,58 €		424,06 €		579,94 €

Effektivbeitrag: Fiktiver monatlicher Beitrag inkl. 1/12 des jährlichen Selbstbehaltes.

Übersicht der Leistungsstärke

Die folgende Übersicht soll Ihnen einen Überblick über die Leistungsstärke der angezeigten Tarife geben. Die Darstellung der Leistungsstärke basiert auf einer subjektiven Bewertung durch den Hersteller der Analysesoftware Levelnine und kann eine individuelle Beratung hinsichtlich der Eignung eines Produktes nicht ersetzen.

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Selbstbehalt p.a.:	960,00 €	300,00 €	300,00 €	165,00 €	600,00 €
SB Art *:	A %	ASZ	ASZ	A %	ASZ
Arbeitnehmeranteil:	378,82 €	250,19 €	304,58 €	410,31 €	529,94 €
Effektivbeitrag **:	458,82 €	275,19 €	329,58 €	424,06 €	579,94 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
GOÄ/GOZ					
Ambulant					
Vorsorge					
Heilpraktiker					
Psychotherapie					
Heil- und Hilfsmittel					
Stationär	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 2-Bettzimmer Wahlarzt	 2-Bettzimmer Wahlarzt	 2-Bettzimmer Wahlarzt	 keine Wahlleistungen
Zahn					
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	90 %	80 %	80 %	80 %	50 %
Kieferorthopädie	90 %	80 %	80 %	80 %	80 %
Krankentagegeld					

Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang




* SB Art: A:Ambulanter Selbstbehalt, S:Stationärer Selbstbehalt, Z:Selbstbehalt bei Zahnleistungen, %:Prozentualer Selbstbehalt































** Effektivbeitrag: Fiktiver monatlicher Beitrag inkl. 1/12 des jährlichen Selbstbehaltes.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

Erläuterung zur Darstellung:

-  Kriterium erfüllt
-  Dieser Leistungspunkt wurde gewünscht, jedoch bedingungsgemäß nicht erfüllt
-  Hier existiert ein wichtiger Hinweis. Bitte beachten Sie die ausführliche Leistungsbeschreibung.

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Univerna	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Selbstbeteiligung						
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		960,00 € 	300,00 €	300,00 €	165,00 €	600,00 € 
		Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel und Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice des Versicherers bezogen werden.				Hinweis: In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine pauschale Obergrenze. Aufgrund diverser Selbstbehalte (und der "2%-Regelung" (s. Leistungstext)) wird eine jährliche SB von insgesamt 1.125 EUR (fiktiv) unterstellt.
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		750,00 €	675,00 €	500,00 €	165,00 €	
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)						
- SB prozentual (bzw. keine SB)						
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)						
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet						
Haus-/Primärarztprinzip						
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip			 			
			Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer spätestens bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.			
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?						
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung						

Leistungsvergleich Ambulant

		Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland						
			Hinweis: Im Ausland gilt das Hausarztprinzip nicht, die Vergütung ärztlicher Heilbehandlungen außerhalb der BRD ist jedoch generell auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.			
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte						
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €						
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ... %		100 %	75 %	80 %	100 %	
Gebührenordnung ambulant						
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)						
						Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Erstattungsfähig sind ca. 60% der privatärztlichen Rechnung (ca. 1,7 facher Satz der GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte).
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)						
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung						
				Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.		
Heilpraktiker						
Heilpraktiker						
		Hinweis: Kosten für Psychotherapie durch Heilpraktiker sind nicht versichert.	Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.			
- xx % Erstattung		100 %	75 %	80 %	100 %	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		1.000,00 €	unbegrenzt	800,00 €	unbegrenzt	
		Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR.				
- mind. bis Höchstsatz Gebüh						
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über Gebüh hinaus)						
					Hinweis: Der Versicherer hat eine Positivliste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren, die aber NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen ist (sie dient NUR als Orientierungshilfe für seine Leistungspraxis).	
- alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte						
					Hinweis: Der Versicherer hat eine Positivliste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren, die aber NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen ist (sie dient NUR als Orientierungshilfe für seine Leistungspraxis).	
Vorsorge						
- über gesetzliche Programme						
		Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).				
- Schutzimpfungen						

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Heilmittel						
Definition Heilmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %	📄	100 %	75 % 🚫	80 % 🚫⚠️ Hinweis: Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000,00 EUR im Kalenderjahr zu 80%, darüber hinaus zu 100% ersetzt.	100 %	90 % 🚫
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	0,00 €	unbegrenzt 🚫	400,00 € 🚫	0,00 €	unbegrenzt 🚫
- keine pauschalen Beschränkungen	📄	✓	✓	✓	✓	🚫⚠️ Hinweis: GKV Höchstbeitrag: 10% Selbstbeteiligung bei Heilmitteln plus 10,- € je Verordnung.
- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verz., Beihilfesätze, angemessene Preise o. ä.			✓		✓	
- Logopädie durch Logopäden	📄	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	📄	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel						
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %	📄	100 %	75 % 🚫	80 % 🚫⚠️ Hinweis: Die Erstattung beträgt je Hilfsmittel (ausgenommen lebenserhaltende Hilfsmittel) 80%, je lebenserhaltendem Hilfsmittel 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.	100 %	90 % 🚫
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	0,00 €	🚫⚠️ Hinweis: Bei größeren Hilfsmitteln ist der Eigenanteil auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	unbegrenzt 🚫	0,00 €	120,00 € 🚫
- offener Hilfsmittelkatalog	📄	✓	✓	✓	✓	✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	📄	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Univera	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- mindestens funktionale Standardausführung		✓	✓	✓	✓	✓
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis		✓	✓		✓	✓
- Atemmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓
- Heimdialysegerät		✓	✓	✓	✓	
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung		✓	✓	✓	✓	✓
- Hör-/Sprechgeräte		✓	✓	✓	✓	✓
		Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/ Noiser.		Hinweis: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je zu versorgendem Ohr erstattungsfähig, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.		
- Orthopädische Schuhe		✓	✓	✓	✓	✓
				Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.		
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓	✓	✓	✓	✓
					Hinweis: Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die ALTE OLDENBURGER beteiligt sich entgegenkommend bei Vorlage der medizinischen Indikation an den Kosten für die Anschaffung und Ausbildung des Hundes bzw. des Hundeführers. Laufende Kosten wie Futter, Tierarzt, Haftpflicht, Steuern usw. werden nicht erstattet.	
- Blindenlese-/Vorlesegerät		✓	✓	✓	✓	✓
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung		✓	✓	✓	✓	✓
- Prothesen		✓	✓	✓	✓	✓

Leistungsvergleich Ambulant

























	Kundenwunsch	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Kunstaugen						
- Orthesen						
Sehhilfen						
- Erstattung xx €		1.000,00 €	125,00 €	240,00 €	unbegrenzt	
		Hinweis: Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 3.000 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.	Hinweis: Ersetzt werden auch Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen.	Hinweis: Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR je Auge erstattungsfähig.	Hinweis: Brillen oder Kontaktlinsen werden bis 160 EUR zu 100% erstattet, darüber hinaus zu einem Drittel. Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die ALTE OLDENBURGER erkennt grundsätzlich Lasik als Behandlungsmöglichkeit zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit an. Die Kosten hierfür können nach Feststellung der medizinischen Notwendigkeit entsprechend der GOÄ abgerechnet werden.	Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig.
- Anspruch mind. alle 24 Monate						
Psychotherapie						
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	50	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
		Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.				
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte						
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage						
					Hinweis: Ärztliche Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	
Ambulant						
Ambulante Transporte						
Ambulante Transporte						
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung						

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- bei Gehunfähigkeit						
		Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	Hinweis: Erstattungsfähig ist auch der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.	Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.		
- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gefähig)						
		Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).				
- ambulante Notfalltransporte						
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche SB						
				Hinweis: Erstattungsfähig - zu 100% - sind ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige Generika oder Originalpräparate, für die es keine Generika gibt (ansonsten Reduzierung auf 80%).		
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/ parenteral hinaus)						
sonstiges						
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)						

Leistungsvergleich Ambulant

		Süddeutsche	Universa	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
	Kundenwunsch	AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege						
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)						
Kurleistung ambulant						
Kurleistung ambulant						
- Verzicht auf Kurortklausel						
Ambulant						
sonstiges						

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Stationär						
1-Bettzimmer		✓				
2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	
Mehrbettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		✓	✓	✓	✓	
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten						
Gebührenordnung Stationär						
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	📄	✓	✓	✓	✓	⚠️ Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch.
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	📄	✓	✓	⚠️	✓	⚠️
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung	📄	✓	✓	⚠️ Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.	⚠️	⚠️
Privatkliniken						
Privatkliniken		✓	✓ ⚠️ Hinweis: Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig - es sei denn, es handelt sich um eine Notfallanweisung.	✓	✓	
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntgG/BPflV		✓		✓		
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓	✓	✓		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		Süddeutsche	Universa	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
	Kundenwunsch	AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Stationär						
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus						
		Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.				
Ersatzkrankhaustagegeld						
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt						
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung						
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt						
Hospizkosten						
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)						
Kurleistung stationär						
sonstiges						
						Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Im Krankenhaus und bei einer stationären Kur sind zehn Euro pro Tag zu entrichten. Bei einer Krankenhausbehandlung und einer Anschlussrehabilitation ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Nicht zuzahlen müssen Patienten bis zum 18. Lebensjahr.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Zahn						
Zahnbehandlung %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			Hinweis: uni-ZZ: Zahntechnische Leistungen bei Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) werden zu 20% erstattet. uni-introPrivat 300: Inlays: Zahnärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet, zahntechnische Leistungen zu 60%.			
Zahnersatz %		90 %	80 %	80 %	80 %	50 %
			Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.			
Kieferorthopädie %		90 %	80 %	80 %	80 %	80 %
			Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.			
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	 Hinweis: Kieferorthopädie wird in der Regel nur bis Alter 18 erstattet.
Gebührenordnung Zahn						
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)						 Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)						

Leistungsvergleich Zahn

		Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung						
				Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.		
Zahn						
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o. ä.						
Summenbegrenzung max. ... Jahre		4	unbegrenzt	unbegrenzt	3	0
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall						
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage						
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen						
						Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung						
			Hinweis: Zahnärztliche Leistungen bei Inlays werden wie Zahnbehandlung zu 100% erstattet.			
- sonstiges						

Analyse Krankenversicherung















Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Univera	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2017	2016	2013	2013	
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		0	0			
- Markteinführung BiSex- "Vorgängertarif" (Jahr):		0	2005		1973	
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre			✓	✓	✓	✓
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre						✓
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre		✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"					✓	
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne			2	3		unbegrenzt
Kinder alleine versicherbar ab Alter		0	2	0	6	0
Ausland						
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	🇩🇪	unbegrenzt	3 🇩🇪 ⚠️ Hinweis: Während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 36 Monaten, sofern der Versicherungsbeginn der Krankheitskostenvollversicherung mindestens 36 Monate zurückliegt oder bis zu 3 Monaten in allen anderen Fällen. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	1 🇩🇪	3 🇩🇪	🇩🇪 ⚠️ Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Es besteht bei vorübergehenden Auslandsaufhalten nur Versicherungsschutz in Ländern mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen.
- Rücktransport aus dem Ausland	🇩🇪	✓	🇩🇪	✓	🇩🇪	🇩🇪

Leistungsvergleich Sonstiges

		Süddeutsche	Univera	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
	Kundenwunsch	AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt						
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt						
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland						
Optionsrecht auf Höherversicherung						
Optionsrecht auf Höherversicherung						
		Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).				
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		5	unbegrenzt	3		
		Hinweis: AM13, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.	Hinweis: Optionszeitpunkte für die Höherversicherung: - einer (altersunabhängig): zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn - mehrere (vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person): zum Monatsersten nach Ablauf von 8 bzw. 13 Jahren ab Beginn und dann kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren.			

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- anlassbezogenes Optionsrecht		  Hinweis: AM13, S1, Z9: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.				
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen			 Hinweis: Der Wechsel zum 1. und 2. Optionstermin (nach Ablauf von 3 bzw. 8 Jahren) ist ohne Gesundheitsprüfung möglich.			
- keine Beschränkung der Zieltarife						
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen						
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung						
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...		50  Hinweis: AM13, S1, Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	unbegrenzt  Hinweis: Das erste Optionsrecht (nach Ablauf von drei Jahren) kann altersunabhängig ausgeübt werden, die weiteren Optionsrechte nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres.	unbegrenzt		

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Univera	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)		✓	✓	✓	✓ ⚠	Hinweis: Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die Aufwendungen für eine ambulante Anschlussheilbehandlung sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger vorhanden ist.
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?						
- ambulante Anschlussreha		✓	✓	✓	✓	
- stationäre Anschlussreha		✓	✓	✓	✓	
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen		✓	✓	✓ ⚠		Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen		✓		✓		
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen		✓		✓		
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen		✓		✓ ⚠		Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen		✓	⚠	✓		Hinweis: Entziehungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig.
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓		✓	✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Universa	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung			✓	✓		
- Beitragsrückerstattung garantiert						
- Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		3	1	1	2	
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss		✓		✓		✓
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/ Anomalien	👍	✓	✓	✓	✓	✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung	👍	✓	✓	✓	✓	👎
- Verbesserte Kriegsklausel	👍	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		1	2	2	2	0
sonstiges		✓		✓		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni- SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Krankentagegeld						
Tagegeld auch über Nettogehalt versicherbar (Arbeitnehmer)		✓	✓	⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/ Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	✓	
bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten		✓			✓	✓
Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus	📦	✓	✓	✓	✗	✗
Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar (Selbstständige)		✓	✓	⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.		⚠ Hinweis: Der maximale Krankengeldanspruch beträgt pro Tag 83,13 EUR bzw. 2.493,30 EUR monatlich (Stand 2006).
Existenzgründer geschätzter vor. Gewinn versicherbar?				✓		
Leistung bei BU über MB/ KT hinaus	📦	✓	✗	✓	✓	✓
BU: KT-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente	📦	✓	✓	✓	✓	✗

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Univera	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)			✓	✓		
Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers	☑	✓	✓	✓	✓	✓
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	☑	✓	✓	✓	✓	✓
Entziehungsmaßnahmen mitversichert	☑	✗	✗	✓	✗	✗
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	☑	✓	✓	✓	✗	✗
Leistung bei Erkrankung eines Kindes						✓
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit	☑	✓	✓	✓	✓	✓
Entbindungspauschale		✓	✓			
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationäre Behandlung beschränkt	☑	✗	✗	✓	✗	✗
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/keine Rückreise mgl.)		⚠ Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	⚠ Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung.	✓	⚠ Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	☑	✓	✓ ⚠ Hinweis: Selbstständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.	✓	✓	✓
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/ Wiedereingliederungsversuch	☑	✗	✗	✗	✓	✓
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung	☑	✓	✓	✓	✓	✓
Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn						✓
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht						
- GKV-Versicherte (KT-Zusatz bei PKV)				✓		
- Selbstständige: KT + PKV-Voll nicht beim selben VR		⚠ Hinweis: Arbeitnehmer: Information wird nachgeliefert/Antwort des Versicherers steht noch aus		✓		























Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld




		Süddeutsche	Universa	Barmenia	Alte Oldenburger	GKV
	Kundenwunsch	AM13 S1 Z9 PPN TA 6	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	einsA prima+ 1 PVN T42+	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Selbstständige: KT + PKV-Voll beim selben VR						
Krankentagegeld						
Abschluss mit PKV bei anderem VU versicherbar						
Mindestvertragsdauer		1	1	2	2	
sonstiges						
						<p>Hinweis: Bei Arbeitsunfähigkeit wird Krankengeld wegen der gleichen Krankheit für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt - gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzukommt, verlängert sich dadurch nicht die Dauer der Krankengeldzahlung.</p> <p>Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, werden wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld angesehen.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Selbstbeteiligung					
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	 Die Selbstbeteiligung beträgt 30% und ist auf 960 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.  Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach diesem Tarif im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn sich die Selbstbeteiligung ändert. Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel und Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice des Versicherers bezogen werden.	 Die Selbstbeteiligung ist auf 300 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	 Die Selbstbeteiligung ist auf 300,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	 Die Selbstbeteiligung beträgt 10% ist auf 165,- € pro Kalenderjahr begrenzt. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, so ermäßigt sich der Betrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.	 In der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Versicherte die folgenden Zuzahlungen leisten: Medikamente und Hilfsmittel: 10% des Abgabepreises, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR. (Seit dem 1. Juli 2006 sind besonders preiswerte Medikamente, d.h. vor allem Generika, von der Zuzahlung befreit.) Krankenhaus: 10,00 EUR pro Kalendertag, maximal für 28 Tage Rehabilitation: 10,00 EUR pro Kalendertag Heilmittel: 10,00 EUR Verordnungsgebühr, zusätzlich 10 % des Abgabepreises Haushaltshilfe: 10% der Leistung pro Tag, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR. Fahrkosten: 10% der Erstattung pro Fahrt, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR. Man kann sich von den Zuzahlungen für ein Kalenderjahr befreien lassen. Dabei sind vorher mindestens 2% der Familienbruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt (abzüglich gewisser Freibeträge für Familienangehörige) an Zuzahlungen zu leisten. Ist ein Familienmitglied schwerwiegend chronisch krank, kann sich die Grenze auf 1% halbieren Hinweis: In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine pauschale Obergrenze. Aufgrund diverser Selbstbehalte (und der "2%-Regelung" (s. Leistungstext)) wird eine jährliche SB von insgesamt 1.125 EUR (fiktiv) unterstellt.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 750 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 70% Erstattung = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 70% Erstattung = 350 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 70% Erstattung = 560 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 70% Erstattung = 140 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 210 EUR.	 Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 675 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 100% Erstattung ./ 300 EUR SB = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 75% Erstattung = 375 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 75% Erstattung = 600 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 75% Erstattung = 150 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 4.325 EUR (Medikamente: 500 EUR, Heilmittel und "kleinere" Hilfsmittel: unbegrenzt (bei "größeren" Hilfsmitteln max. 1.000 SB)). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt.	 Der Eigenanteil beträgt (bei Einhaltung des Primärarzt-/Hausarztprinzips) im Beispiel pro Kalenderjahr: 500 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./ 300 EUR SB = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR* - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 80% Erstattung = 640 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 80% Erstattung = 160 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 4.500 EUR (Hilfsmittel: unbegrenzt (lebenserhaltende Hilfsmittel werden zu 100% erstattet), Heilmittel: 360 EUR). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt. * bei Bezug von Generika oder Originalpräparaten, für die es keine Generika gibt	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 165 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 90% Erstattung = 900 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 90% Erstattung = 450 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 90% Erstattung (bis 150 EUR RB), darüber hinaus 100% = 785 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	
- Selbstbehalt nur ambulant?	 Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	 Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	In der GKV sind Selbstbeteiligungen/Zuzahlungen in allen Bereichen vorgesehen.
- prozentualer Selbstbehalt?	 Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	 Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	 Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die hälftige Selbstbeteiligung.	Für Kinder gilt die gleich Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	 Für Kinder und Jugendliche halbiert sich dieser Jahresselfbehalt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	 Bis zum Alter 18 sind Kinder u. Jugendliche teilweise oder vollständig von Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln befreit.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	 Keine Selbstbeteiligung für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	 Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	 Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen (auch zahnprophylaktische Leistungen) und Schutzimpfungen fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen bzw. Schutzimpfungen bezeichnet werden.	 Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Leistungen für Sehhilfen werden nicht auf die 10%ige Selbstbeteiligung angerechnet.	 In der GKV ist keine pauschale Selbstbeteiligung vorgesehen.

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Haus-/Primärarztprinzip					
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	 Die Heilbehandlung muss durch einen Primärarzt erfolgen oder durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt, wenn der Primärarzt dies zuvor veranlasst hat (Überweisung (muss zusammen mit der Facharztrechnung vorgelegt werden)). Als Primärarzt gelten ausschließlich: - Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt – jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung), - Augenarzt, - Frauenarzt, - Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung, - Notarzt oder - Bereitschaftsarzt. Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung als Hausarzt festgelegt werden. Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer spätestens bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.	 Nein. Primärarztprinzip vorhanden. Für die ambulante Heilbehandlung muss zuerst ein Primärarzt aufgesucht werden. Als Primärarzt gelten ausschließlich: - Ärzte für Allgemeinmedizin, - praktische Ärzte, - Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, - Augenärzte, - Gynäkologen, - Kinderärzte, - Notärzte oder Bereitschaftsarzte. Für die Mit- oder Weiterbehandlung durch andere Ärzte ist eine Überweisung des Primärarztes erforderlich. Die Notwendigkeit muss vor der Mit- oder Weiterbehandlung schriftlich bestätigt und die Bestätigung zusammen mit der Rechnung des anderen Arztes zur Erstattung eingereicht werden.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Die uniVersa Krankenversicherung a. G. hat am 05.10.2016 folgende verbindliche Erklärung zum Thema „nachträgliche Heilung für Folgebehandlungen im Rahmen des Hausarzt-/ Primärarztprinzips“ (gültig für die Tarife: uni-intro/Privat, uni-intro/Privat-Spezial, uni-VE 900 K) abgegeben: Hiermit erklären wir verbindlich, dass eine nachträgliche Heilung für Folgebehandlungen möglich ist. Erfolgt die Erstbehandlung direkt durch den Facharzt ohne Überweisung durch einen Primärarzt so kommt der reduzierte Erstattungsprozentsatz zum Tragen (75 % für uni-intro/Privat bzw. uni-intro/Privat-Spezial und 80 % für uni-VE 900 K). Eine nachträgliche Überweisung für die Erstbehandlung können wir nicht anerkennen. Wird jedoch eine eventuelle Folgebehandlung durch einen Primärarzt durchgeführt bzw. durch einen Facharzt mit Überweisung durch den Primärarzt, werden die Kosten für die Folgebehandlung mit 100 % erstattet.	✔ Ja. Wird direkt ein anderer Arzt ohne vorherige Überweisung des Primärarztes aufgesucht, verringert sich die tarifliche Leistungshöhe nur für diese Behandlung, wenn für zukünftige Behandlungen - auch für denselben Versicherungsfall - eine Überweisung des Primärarztes eingeholt wird.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich ist.	Die Überweisung durch den Primärarzt gilt bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens jedoch für sechs Monate. Besteht die Notwendigkeit der Mit- oder Weiterbehandlung danach fort, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Im Ausland gilt das Hausarztprinzip nicht, die Vergütung ärztlicher Heilbehandlungen außerhalb der BRD ist jedoch generell auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	✔ Ja, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Primärarztprinzip nicht.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Ja, das Hausarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).	✔ Ja, das Primärarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Hausarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Primärarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75%.	✔ Bei Nichteinhaltung des Primärarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 80%.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
Gebührenordnung ambulant					
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	⚠ Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch. Seit 2004 können Versicherte das sog. Kostenerstattungsprinzip wählen. Erstattungsfähig sind ca. 60% der privatärztlichen Rechnung (ca. 1,7 facher Satz der GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte). Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Erstattungsfähig sind ca. 60% der privatärztlichen Rechnung (ca. 1,7 facher Satz der GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte).
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	⚠ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	⚠ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	⚠ Erstattungsfähig sind ca. 60% der privatärztlichen Rechnung (ca. 1,7 facher Satz der GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte).
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet wird auch eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer. Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	⚠ Nein. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung auf die GOÄ erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.	⚠ Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.	⚠ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	⚠
Heilpraktiker					
- Heilpraktiker	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Kosten für Psychotherapie durch Heilpraktiker sind nicht versichert.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	✔ Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind zu 75% erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind zu 80% erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	⚠
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	⚠ Heilpraktikerleistungen werden bis max. 1.000 EUR p. a. erstattet. ⚠ Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	⚠ Die Aufwendungen werden bis insgesamt 800 EUR (incl. Naturheilverfahren durch Ärzte) im Kalenderjahr erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	⚠
- mind. bis zum Höchstsatz GebÜH. erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.	⚠ Die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) in Rechnung gestellten Leistungen eines Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ erstattungsfähig wäre.	⚠ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum einfachen Satz des GebÜH. erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebÜH. erstattungsfähig.	⚠

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	✔ Ja. Erstattungsfähig sind alle Naturheilverfahren nach dem Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung (bis insgesamt (inkl. Abrechnungen nach dem GebÜH) 1.000 EUR p. a.).	✘ Nein, es sind keine Leistungen über das GebÜH hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.	✔ Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig.	✘ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Der Versicherer hat eine Positivliste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren, die aber NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen ist (sie dient NUR als Orientierungshilfe für seine Leistungspraxis).	✘ Keine Leistung vorhanden.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	Ärztliche Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattungsfähig sind naturheilkundliche Behandlungen durch Ärzte.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.	✔ Versicherungsschutz besteht für die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Stand 2009) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Erstattungsfähig sind in diesem Rahmen Aufwendungen für Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel - zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR (incl. Heilpraktikerleistungen) im Kalenderjahr.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Der Versicherer hat eine Positivliste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren, die aber NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen ist (sie dient NUR als Orientierungshilfe für seine Leistungspraxis).	
Vorsorge					
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔ Ja. Versichert sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Schwangerschaftsvorsorge. Nicht versichert sind Kosten für private und dienstliche Zwecke (z. B. Untersuchungen zur Flugtauglichkeit). Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).	✔ Erstattungsfähig sind folgende präventive Maßnahmen: - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen), ohne Altersbegrenzung und ohne festgelegte Zeitabstände - Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft (- Schutzimpfungen, s. nächsten Leistungspunkt).	✔ Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) ohne Berücksichtigung der dort genannten Altersbeschränkungen sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien". Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien", die darüber hinausgehen, sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500,00 EUR im Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Vorsorgeuntersuchungen sind bis zu 160,- EUR je Vorsorgeuntersuchung, darüberhinaus zu einem Drittel. Hierzu zählen sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.	✘ Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.
- Schutzimpfungen?	✔ Erstattet werden Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt sowie darüber hinaus: - die Gripeschutzimpfung, - die Zeckenschutzimpfung (FSME), - die Malaria-Prophylaxe, - Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie Reiseimpfungen.	✔ Erstattet werden Schutzimpfungen (einschl. Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, auf Grund von Freizeitgewohnheiten oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen; erstattungsfähig sind z. B. die Aufwendungen für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). Ausgenommen sind berufsbedingte Schutzimpfungen und solche aus Anlass von privaten Auslandsreisen.	✔ Laut Aussage Alte Oldenburger werden generell alle medizinisch notwendigen Impfungen erstattet. Ausnahme ist die Reiseprophylaxe sowie Hepatitis-B Impfung bei nicht medizinischen Berufen.	✔ Ärztlich angeratene Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff (außer zu Reisezwecken) sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Heilmittel					
- Heilmittel-Definition	Versichert sind z. B. Hydrotherapie, Massagen, Kälte- und Wärmetherapie, Inhalationen, mechanische Behandlung, Lichttherapie, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlung, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik, Geburtsvorbereitungskurse sowie Rückbildungs- und Wochenbettgymnastik, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), osteopathische Behandlung, medizinische Fußpflege (Podologie), Therapeutisches Reiten (Hippotherapie), Bewegungstherapie (Heileurythmie). Bei medizinischer Notwendigkeit werden auch die Kosten für einen Hausbesuch ersetzt.	Zu den Heilmitteln gehören insbesondere Inhalationen, Übungsbehandlungen (z. B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie), Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlungen, Elektro- und Lichttherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachübungen (Logopädie), Ergotherapie, Hippotherapie, medizinische Fußpflege (Podologie), einschl. ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.	Erstattungsfähig sind medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen. Außerdem sind bei einer Schwangerschaft Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik erstattungsfähig.	Heilmittel sind physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe (z. B. Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Kältebehandlung, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie).	Heilmittel, wie zum Beispiel die physikalische Therapie (Massagen, Krankengymnastik), die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und die Ergotherapie werden den Versicherten auf Kassenrezept zur Verfügung gestellt.
- Erstattung von Heilmitteln in %?	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% erstattet.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000,00 EUR im Kalenderjahr zu 80%, darüber hinaus zu 100% ersetzt.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Bei Heilmitteln sind zehn Prozent der Kosten selbst zu übernehmen. Außerdem fällt eine Zuzahlung von zehn Euro je Verordnung an.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Der Selbstbehalt ist nicht in der Höhe begrenzt.	Der Eigenanteil für Heilmittel ist auf 400 EUR p.a. begrenzt.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Bei Heilmitteln sind zehn Prozent der Kosten selbst zu übernehmen. Außerdem fällt eine Zuzahlung von zehn Euro je Verordnung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Bei Heilmitteln sind zehn Prozent der Kosten selbst zu übernehmen. Außerdem fällt eine Zuzahlung von zehn Euro je Verordnung an. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: 10% Selbstbeteiligung bei Heilmitteln plus 10,- € je Verordnung.
- Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis, eine Begrenzung auf Behilfesätze, "ortsübliche" oder "angemessene" Preise o. ä.?	Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, wenn diese für Deutschland üblich sind.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
- Logopädie	Logopädische Behandlungen einschließlich Stimmbildungen sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
- Ergotherapie	Beschäftigungstherapie (Ergotherapie) ist erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Hilfsmittel					
Hilfsmittel	<p>✔ Versichert sind ärztlich verordnete Hilfsmittel, die Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten sowie Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.</p> <p>Neben der Erstattung von Wartungs- und Reparaturkosten werden auch Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln ersetzt.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kleinere Hilfsmittel: Blutzuckermessgerät, Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe und Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung - weitere (größere) Hilfsmittel (jeweils 1x p. a.) wie z. B. orthopädische Schuhe, Hörhilfe (elektronisches Hörgerät), Heimdialysegeräte bei Nierenversagen, Körperersatzstücke, Krankenfahrräder, elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopferoperationen, Blindenführhund, Haarsersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell), Gehstützen, Stützapparate einschl. Liegeschalen, Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz, lebenserhaltende Hilfsmittel und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge. <p>Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen und Haarsersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte...</p>	<p>✔ Hilfsmittel (außer Brillen und Kontaktlinsen): Hierunter fallen technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, nicht jedoch Brillen und Kontaktlinsen. Dazu gehören Bruchbänder, Geh- und Stützapparate, Kompressionsstrümpfe, Hörgeräte (jedoch keine Batterien), Körperersatzstücke, Krankenfahrräder, Sprechhilfen sowie orthopädische Schuhe bzw. Schuheinlagen. Erstattet werden auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) und zur Reparatur oder Wartung der Hilfsmittel, jedoch keine Batterien für Hörgeräte.</p>	<p>✔ Nach ärztlicher Verordnung durch einen zugelassenen Kassenarzt sind Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder Bagatellhilfsmittel gelten. Für die Erstattung gelten Höchstgrenzen (Festbeträge). Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln: 10%, mind. 5,- €, max. 10,- €. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, max. 10,- € monatlich.</p>
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	❌ Hilfsmittel werden zu 75% erstattet.	❌ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die Erstattung beträgt je Hilfsmittel (ausgenommen lebenserhaltende Hilfsmittel) 80%, je lebenserhaltendem Hilfsmittel 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	❌ Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln: 10%, mind. 5,- €, max. 10,- €. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, max. 10,- € monatlich.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	❌ Bei kleineren Hilfsmitteln ist der Selbstbehalt nicht in der Höhe begrenzt. Hinweis: Bei größeren Hilfsmitteln ist der Eigenanteil auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	❌ Der prozentuale Eigenanteil für Hilfsmittel ist nicht in der Höhe begrenzt.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	❌ Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln: 10%, mind. 5,- €, max. 10,- €. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, max. 10,- € monatlich.
- offener Hilfsmittelkatalog?	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Offener Hilfsmittelkatalog im Bereich der technischen Hilfsmittel. "Hilfsmittel: Hierunter fallen technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen,..."	✔ Offener Hilfsmittelkatalog vorhanden.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist die einfache Ausführung erstattungsfähig.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich. Der Versicherer unterstützt bei der Auswahl und Anschaffung eines geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Eine Liste der Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice beschafft werden können, gibt es unter www.sdk.de .	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	❌ Bei Hilfsmitteln, deren Aufwendungen einen Rechnungsbetrag von voraussichtlich 1.500,00 EUR überschreiten werden, ist dem Versicherer vor Bezug der Hilfsmittel ein Kostenvorschlag vorzulegen (zur Prüfung einer günstigeren Versorgungsmöglichkeit). Wird kein KVA vorgelegt bzw. macht die VP von einer günstigeren Versorgung keinen Gebrauch, sind die Aufwendungen zu 80% erstattungsfähig und werden zu 80% bzw. bei lebenserhaltenden Hilfsmitteln zu 100% ersetzt.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Heimdialysegeräte bei Nierenversagen sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✘ Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor.
- Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung?	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/Noiser.	✔ Hörhilfen (elektronisches Hörgerät) und elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperation sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je zu versorgendem Ohr erstattungsfähig, Sprechhilfen ohne betriebl. Begrenzung.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhschulzrichtungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität sind erstattungsfähig.	✔ Blindenführhunde (Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die ALTE OLDENBURGER beteiligt sich entgegenkommend bei Vorlage der medizinischen Indikation an den Kosten für die Anschaffung und Ausbildung des Hundes bzw. des Hundeführers. Laufende Kosten wie Futter, Tierarzt, Haftpflicht, Steuern usw. werden nicht erstattet.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	✔ Ja, Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.
- Kunstaugen?	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Stützapparate einschl. Liegeschalen.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
Sehhilfen					
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen werden bis max. 1.000 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 3.000 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.	✘ Sehhilfen (Brillengläser und Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden zu 75% bis max. 125 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Ersetzt werden auch Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen.	✘ Brillen und Kontaktlinsen sind zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR je Auge erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Brillen oder Kontaktlinsen werden bis 160 EUR zu 100% erstattet, darüber hinaus zu einem Drittel. Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die ALTE OLDENBURGER erkennt grundsätzlich Lasik als Behandlungsmöglichkeit zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit an. Die Kosten hierfür können nach Feststellung der medizinischen Notwendigkeit entsprechend der GOÄ abgerechnet werden.	✘ Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig. ⚠ Kontaktlinsen werden nur in Ausnahmefällen erstattet, wenn die medizinisch zwingend erforderlich ist. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig.
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✘ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	✔ Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von zwei Jahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.	✔ Sehhilfen sind einmal pro Versicherungsjahr erstattungsfähig.	✘ Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Psychotherapie					
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.	✗ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	✓ Keine unüblichen Einschränkungen.	✗ 25% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	✗ 20% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	✓ Keine unüblichen Einschränkungen.	✓ Keine unüblichen Einschränkungen.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✓ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✓ Es sind alle 50 psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✓ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✗ Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind nur erstattungsfähig, wenn der der Versicherer vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn – nach maximal 5 probatorischen Sitzungen – eine schriftliche Zusage erteilt hat. Hinweis: Ärztliche Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
Ambulant					
- ambulante Krankentransporte?	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.
Ambulante Transporte					
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✓ Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zur Dialyse, Chemotherapie und Strahlentherapie; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✓ Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.	✓ Transporte zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✓ Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie, sofern eine Fahrtauglichkeit ärztlich bescheinigt wird.	✗ Es können für Patienten in Ausnahmefällen Fahrten zur ambulanten Dialyse sowie zur onkologischen Chemotherapie und onkologischen Strahlentherapie verordnet werden. 10% Zuzahlung, höchstens 10 Euro aber mindestens 5 Euro.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✓ Ja, Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit sind erstattungsfähig, sofern die Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✓ Ja, Fahrten und Transporte bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker sind erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig ist auch der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.	✗ Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	✗ Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	✗ Kosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden in der ambulanten Versorgung nur in besonderen Ausnahmefällen nach Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen. Versicherte leisten dann eine Zuzahlung von 10 % und höchstens 10 Euro, aber nicht mehr als die gesamten Transportkosten.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	✗ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).	✗ Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nur bei Gehunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit erstattungsfähig.	✗ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✗ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✗ Kosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden in der ambulanten Versorgung nur in besonderen Ausnahmefällen nach Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen. Versicherte leisten dann eine Zuzahlung von 10 %, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, aber nicht mehr als die gesamten Transportkosten.
- Ambulante Notfalltransporte?	✓ Ja, Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus bei medizinischen Notfällen oder Unfällen; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✓ Ja, Fahrten und Transporte in Notfällen zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus sind erstattungsfähig.	✓ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✓ Erstattungsfähig sind Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall.	✓ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig. Versicherte leisten dann eine Zuzahlung von 10 %, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, aber nicht mehr als die gesamten Transportkosten.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Arznei-/Verbandmittel					
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	✔️ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	❌ Arznei-/Verbandmittel werden zu 75% erstattet, wobei der 25% ige Eigenanteil auf max. 625 pro Kalenderjahr begrenzt ist.	❌ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Erstattungsfähig - zu 100% - sind ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige Generika oder Originalpräparate, für die es keine Generika gibt (ansonsten Reduzierung auf 80%).	✔️ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	❌ Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel beträgt 10 % des Abgabepreises, mindestens aber 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Davon ausgenommen sind Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr. Weitere Ausnahmen gelten für schwerwiegende Erkrankungen, bei denen diese Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✔️ Ja. Erstattet werden z. B.: - Nährstofflösungen, - Zubehör und Applikationshilfen zur künstlichen Ernährung, - Teststreifen für Blut- und Harnstoffmessungen sowie - Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Artikel, - Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungsmittel (auch sexuelle) und Desinfektionsmittel, wenn diese medizinisch notwendig sind.	✔️ Erstattungsfähig sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.	✔️ Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.	✔️ Nähr- und Stärkungsmittel sind erstattungsfähig, wenn sie im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen (z. B. parenterale und enterale Ernährung) ärztlich verordnet wurden.	✔️ Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.
sonstiges					
- medizinische Versorgungszentren?	✔️ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔️ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔️ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔️ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔️ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✔️ Ja. Versichert ist die medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte (medizinische Behandlungspflege), Intensiv-Behandlungspflege (besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, der die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle erfordert) wird auch in stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheim) erstattet. Der Versicherer empfiehlt, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag (Intensiv-Behandlungspflege), Art und Dauer der Behandlungspflege mit ihm abzustimmen. Häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege), sofern ärztlich verordnet, wird erstattet, wenn eine Behandlung im Krankenhaus nötig, aber nicht durchführbar ist oder dadurch eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt wird - pro Versicherungsfall max. 4 Wochen. Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.	✔️ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der GOÄ erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.	✔️ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✔️ Ja. Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder zur Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).	✔️ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.
- Palliativversorgung?	✔️ Ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist versichert, vorausgesetzt, es liegt eine unheilbare und fortschreitende Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung vor und die Palliativ-Versorgung ermöglicht die Betreuung in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung der versicherten Person (auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize). Erstattet werden ärztliche und pflegerische Leistungen und Organisation bis zu dem Betrag, der auch für einen GKV-Versicherten für die Versorgung abgerechnet wird. Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.	✔️ Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung (gem. § 37b SGB V), sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag (nach § 132d SGB V) verfügen.	✔️ Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Gebühren sind innerhalb des Gebührenrahmens der GOÄ zu 100% bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären. Ein Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen und Altersheimen.	✔️ Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Kosten sind soweit erstattungsfähig, wie sie für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären bzw. innerhalb der GOÄ liegen.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Kurleistung ambulant					
- Kuren ambulant?	<p>✓ Erstattet werden bei ambulanten (und stationären) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 2.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>✓ Bei einer Genesungskur (es muss eine mind. zehntägige stationäre Krhs.behandlung vorausgegangen und die mediz. Notwendigkeit durch ein Attest des behandelnden Krhs.arztes nachgewiesen sein) oder sonstiger Kur in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:</p> <p>a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen; b) Arznei- und Verbandmittel; c) Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen; d) Kurplan; e) Kurtaxe.</p> <p>Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Das Genesungsgeld beträgt je Tag 100 EUR. Es wird je Kur längstens für die Dauer von vier Wochen gezahlt.</p>	<p>Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>✓ Besteht eine ärztlich nachgewiesene Behandlungsnotwendigkeit, werden die Kosten während des gesamten Kuraufenthaltes unbegrenzt von der GKV übernommen, wobei, wie auch bei stationären Behandlungen, ein Eigenanteil vorgesehen ist. Besteht für eine Kur keine medizinische Notwendigkeit, muss diese vom Versicherten (bis auf einen kleinen Zuschuss der GKV von 7,50 EUR) selbst finanziert werden.</p> <p>Der Rentenversicherungsträger oder die GKV kann nur alle vier Jahre eine Kur und bei Anschlussheilbehandlungen über einen Zeitraum von 3 Wochen, eine Unterstützung von 6,- bzw. 4,50 EUR gewähren.</p>
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>
Ambulant					
Sonstiges	<p>✓ Versichert sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frühförderung als Heilbehandlung wegen Krankheit, sofern Sozialhilfeträger nicht leistet - Soziotherapie - max. 120 Stunden pro Versicherungsfall innerhalb von 3 Kalenderjahren - Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren <p>Bei Fachkräften für Soziotherapie werden nur die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Präventionskurse (Kurse zur gesunden Ernährung oder persönlichen Ernährungsberatung, Nichtraucherseminare (Teilnahme von mind. jeweils 80% muss nachgewiesen werden), präventives Rückentraining, Herz-Kreislauf-Training, Rheumaliga/-sport, autogenes Training, progressive Muskelentspannung) – bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren - Keine Erstattung von Mitgliedsbeiträgen in Sportvereinen oder Fitnesszentren - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärden- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - medizinische Erst- und Folgeschulungen für chronisch Kranke, bis max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. <p>Die genaueren/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hausgeburten durch Ärzte, Hebammen bzw. Entbindungspfleger - sozialpädiatrische Behandlungen sowie Frühförderungsbehandlungen in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der PKV oder GKV verfügen; bis zu den Beträgen, die die GKV oder der PKV-Verband mit den Leistungserbringern vereinbart hat - die im Rahmen einer ambulanten telemedizinischen Behandlung erbrachten ärztlichen Leistungen. 	<p>✓ Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Soziotherapie - Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung. <p>Die genaueren Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ Erstattet werden Hebammenkosten wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt. Dazu gehören auch die Kosten für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik.</p>	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universona uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Stationär					
- 1-Bettzimmer?	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer.	uni-SZ II plus, uni-introPrivat 300: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.			
- 2-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ uni-SZ II plus: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. uni-introPrivat 300: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	
- Regelleistungen?	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ uni-SZ II plus: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. uni-introPrivat 300: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✔ Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert sein?					
Gebührenordnung Stationär					
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ uni-introPrivat 300: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. uni-SZ II plus: Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig.	✔ Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	⚠ Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ uni-SZ II plus: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. uni-introPrivat 300: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	⚠ Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	⚠ Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die den Gebührenordnungen für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer). Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	✔ uni-introPrivat 300: Nein. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung auf die GOÄ erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt. uni-SZ II plus: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	⚠ Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.	⚠ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	⚠



Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Privatkliniken					
Privatkliniken	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig - es sei denn, es handelt sich um eine Notfallweisung.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	✔ Ja. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen, ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten haben und Krankengeschichten führen.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern (einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen).	Erstattungsfähig sind nur die Allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz.	
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	✔ Ja. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen, ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten haben und Krankengeschichten führen.	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.	✔ Ja, Unterbringung im 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	Erstattungsfähig sind nur die Kosten eines 2-Bettzimmers als Wahlleistung gem. Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz + privatärztliche Behandlung.	
Stationär					
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Ja. Versichert sind: ⚠ - medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächsten, geeigneten und aufnahmebereiten Krankenhaus - medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer auswärtigen ambulanten Untersuchung während einer stationären Behandlung, sofern sie nicht bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten sind - medizinisch nicht notwendige Verlegung (Wunschverlegung); 1x pro Versicherungsfall, sofern sich das Krankenhaus sich im selben Land wie das vorherige Krankenhaus befindet und der Transport über Land stattfindet (z. B. mit einem Krankenwagen); keine intensivmedizinische Betreuung während des Transports - Bergungskosten bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. private Unfallversicherung) leistungspflichtig ist. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.	✔ uni-introPrivat 300: Erstattungsfähig sind Krankentransporte zum und vom nächsterreichbaren, der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegendem und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber). uni-SZ II plus: Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus sind erstattungsfähig, sofern unmittelbar eine vollstationäre Behandlung vorgesehen ist bzw. stattfindet.	✔ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen behandlungsfähigen Krankenhaus ist erstattungsfähig.	⚠ Krankentransport in Rettungsfahrzeugen und Krankenwagen zur stationären Behandlung werden abzüglich einer Eigenbeteiligung von 10,- € erstattet.









Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universona uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Ersatzkrankhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✔ Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ein 2-Bettzimmer gewählt, werden 20 EUR täglich gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer 40 EUR und bei Verzicht auf separat vereinbarte privatärztliche Behandlung 60 EUR. Bei teilstationärer, vor- und nachstationärer Behandlung sowie bei ambulanten stationärsetzenden Operationen erfolgt keine Zahlung.	✔ uni-introPrivat 300: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankhaustagegeld von 125 EUR. uni-SZ II plus: Für jeden Tag, für den keine Kosten für bessere Unterbringung oder privatärztliche Behandlung geltend gemacht werden, wird ein Krankhaustagegeld von 30 EUR bzw. 60 EUR gezahlt.	Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.	✔ Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 16,- € pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 32,00 € gezahlt.	Es sind keine Wahlleistungen versichert.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✔ Der Versicherer kann sich auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: - die stationäre Einrichtung an der versicherten Person nur Heilbehandlungen durchführt, für die eine stationäre Behandlung notwendig ist oder - eine Einweisung wegen eines Notfalls erfolgt ist oder - es sich um das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes der versicherten Person handelt oder - während des Aufenthaltes in einer gemischten stationären Einrichtung eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung notwendig macht oder - es sich um eine Anschlussheilbehandlung (Rehabilitation) handelt.	✔ Eine Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallweisung handelte oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder - sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung eine Anschlussheilbehandlung anschließt.	✔ Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	✔ Ja. Auf eine fehlende Leistungszusage wird sich nicht berufen, wenn: - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde - es sich um eine Notfallweisung handelte - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.	
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ uni-SZ II plus, uni-introPrivat 300: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ Ja. Versichert ist die stationäre und teilstationäre Versorgung in Hospizen, die palliativ-medizinische Behandlungen durchführen. Es werden die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden. Kosten, für die ein anderer Kostenträger leisten muss (vor allem die private Pflegepflichtversicherung), werden nicht ersetzt.	✔ Ja, erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung 100% der verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ersattungsfähig sind Aufwendungen (nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung) für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.	
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ Ja. Wird neben einem versicherten Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auch ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden die Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson erstattet, wenn diese nicht in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten ist.	✔ Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.	Kosten für eine Begleitperson sind nicht erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für eine Begleitperson sind erstattungsfähig, sofern die Mitaufnahme aus medizinischen Gründen notwendig ist.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Kuren stationär?	 Erstattet werden bei stationären (und ambulanten) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 2.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	 uni-introPrivat 300: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten. uni-SZ II plus: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.	 Bei einer Genesungskur (es muss eine mind. zehntägige stationäre Krhs.behandlung vorausgegangen und die mediz. Notwendigkeit durch ein Attest des behandelnden Krhs.arztes nachgewiesen sein) oder sonstigen Kur in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für: a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen	 Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	 Besteht eine ärztlich nachgewiesene Behandlungsnotwendigkeit, werden die Kosten während des gesamten Kuraufenthaltes unbegrenzt von der GKV übernommen, wobei, wie auch bei stationären Behandlungen, ein Eigenanteil vorgesehen ist. Besteht für eine Kur keine medizinische Notwendigkeit, muss diese vom Versicherten (bis auf einen kleinen Zuschuss der GKV von 7,50 EUR) selbst finanziert werden. Der Rentenversicherungsträger oder die GKV kann nur alle vier Jahre eine Kur und bei Anschlussheilbehandlungen über einen Zeitraum von 3 Wochen, eine Unterstützung von 6,- bzw. 4,50 EUR gewähren.
Sonstiges	 Versichert sind auch: - ambulante stationäreretzende Operationen bei Vorlage eines Kostenvorschlages vor Behandlungsbeginn + Fahrten und Transporte (bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer); keine Erstattung der Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen (z. B. für Übernachtungen und/oder Verpflegung) - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdens- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. Die genaueren/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	 Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der BRD gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.			 Im Krankenhaus und bei einer stationären Kur sind zehn Euro pro Tag zu entrichten. Bei einer Krankenhausbehandlung und einer Anschlussrehabilitation ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Nicht zuzahlen müssen Patienten bis zum 18. Lebensjahr. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Im Krankenhaus und bei einer stationären Kur sind zehn Euro pro Tag zu entrichten. Bei einer Krankenhausbehandlung und einer Anschlussrehabilitation ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Nicht zuzahlen müssen Patienten bis zum 18. Lebensjahr.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Zahn					
Zahnbehandlung (%)?	Zahnbehandlung und Prophylaxemaßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching) sind zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig. Erstattet werden auch vorbeugende Maßnahmen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe, Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen). Hinweis: uni-ZZ: Zahntechnische Leistungen bei Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) werden zu 20% erstattet. uni-introPrivat 300: Inlays: Zahnärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet, zahntechnische Leistungen zu 60%.	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	Sofern die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt wird, werden 100% erstattet.
Zahnersatz (%)?	Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	uni-ZZ: Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für Zahnersatz (prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen) werden zu 20% erstattet. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) werden zu 20% erstattet. uni-introPrivat 300: Zahnersatz ist zu 60% erstattungsfähig. Zum Zahnersatz gehören u. a. auch Kunststoff- und Keramikverblendungen und DROS-Schienen. Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag. Dieser orientiert sich am konkreten Befund (z.B. "fehlender Zahn im Unterkiefer"). Das bedeutet: Alle Versicherten bekommen bei gleichem Befund den gleichen Betrag von ihrer Kasse erstattet. Diese Neuregelung belohnt wie bisher eigene Aktivitäten zur Zahngesundheit durch entsprechend höhere Festzuschüsse.
- Kieferorthopädie (%)?	Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.	uni-introPrivat 300: Kieferorthopädie ist zu 60% erstattungsfähig. uni-ZZ: Zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen werden zu 20% erstattet. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) werden zu 20% erstattet. Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig (nach Behandlungsabschluss zu 100%). Wer bei einer kieferorthopädischen Behandlung noch Zuschuss zur Grundversorgung erhält, hängt vom Bedarfsgrad (KIG) ab. Es gibt 5 Grade. Ab Grad 3 ist Kassenzuschuss möglich.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie wird in der Regel nur bis Alter 18 erstattet.
Gebühreordnung Zahn					
- Erstattung mind. bis zum Höchststz der GOZ?	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	uni-introPrivat 300: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt. uni-ZZ: Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach der Tarifstufe uni-introPrivat 300.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universona uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	✘ uni-introPrivat 300: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt. uni-ZZ: Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach der Tarifstufe uni-introPrivat 300.	✘ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	✘ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	✘ Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.	✘ uni-introPrivat 300: Nein. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung auf die GOZ erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt. uni-ZZ: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	✘ Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.	✘ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	✘
Zahn					
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	✔ uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	✘ Für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge: - 3.000 EUR vom 1. bis zum 2. Kalenderjahr - 5.000 EUR vom 1. bis zum 3. Kalenderjahr - 7.500 EUR vom 1. bis zum 4. Kalenderjahr.	✘ uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Erstattungsfähiger Höchstbetrag: - 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr - 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr - 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr - 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr - 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr - 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr. Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden - zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und - danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays angerechnet.	✘ Für Zahnersatz (einschl. Reparaturen) und Kieferorthopädie gelten (bei bis zu einem fehlenden Zahn) folgende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge: - vom 1. bis 3. Kalenderjahr (KJ) insgesamt 7.500 EUR - ab dem 4. KJ bis 15.000 EUR pro KJ. Bei 2 fehlenden Zähnen: 250 EUR im 1. KJ, 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ, ab dem 4. KJ bis 15.000 EUR pro KJ. Bei 3 fehlenden Zähnen: 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ, ab dem 4. KJ bis 15.000 EUR pro KJ.	✔ Summenbegrenzung für Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie: 1.000 € im 1. Kalenderjahr, 1.500 € im 1. bis 2. Kalenderjahr, 2.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr, unbegrenzt ab dem 4. Kalenderjahr.	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.	✔ uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Wenn die voraussichtlichen Kosten für Zahnersatz höher sind als 3.000 EUR, muss dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, ansonsten werden von dem 3.000 EUR übersteigenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrag nur 70% erstattet.	uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat.	Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500,00 EUR überschreiten werden. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.500,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50 % gekürzt.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung auf 60%.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan erforderlich.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	⚠ Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. "Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen)" und "funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)" zählen ebenfalls zur Zahnbehandlung.	⚠ Zahnrechtliche Leistungen bei Inlays werden zu 60% erstattet. Hinweis: Zahnärztliche Leistungen bei Inlays werden wie Zahnbehandlung zu 100% erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Inlays einen festgelegten Betrag (ca. 30,- €).
Sonstiges	✔ Wenn Leistungsansprüche bei anderen Kostenträgern bestehen, werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Auf Verlangen muss die andere Leistung nachgewiesen werden. Erstattungsfähig sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahrtüchtigkeit, sofern diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.	✔ uni-ZZ: Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht. Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-ZZ versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.			











Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universona uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag					
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✓ AM13, S1, Z9: Markteinführung: 03.2017 TA 6: Markteinführung: 01.2013 PPN: Markteinführung: 1995	✓ uni-introPrivat 300, uni-KT 43: Markteinführung: 01.2013 uni-SZ II plus, uni-ZZ: Markteinführung: 10.2016	✓ einsA prima plus 1, T42 plus: Markteinführung: 01.2013	✓ K 20, A90 100, Z100 80, KTV 6: Markteinführung: 01.2013	
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✓ AM13, S1, Z9: Tarif ist aktuell.	✓ uni-SZ II plus, uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Tarif ist aktuell.			
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	✓ AM13, S1, Z9: Kein Vorgängertarif. TA 6: Markteinführung Vorgängertarif "TA 6": 1979	✓ uni-introPrivat 300: Markteinführung Vorgängertarif "introPrivat 300": 05.2005 uni-ZZ: Kein Vorgängertarif vorhanden.		✓ K 20: Markteinführung Vorgängertarif "K20": 1972 KTV 6: Markteinführung Vorgängertarif "KTV 6": 2005 Z100 80: Markteinführung Vorgängertarif "Z100/80": 1990 A90 100: Markteinführung Vorgängertarif "A 90/100": 11.1973	
Antragsfragen/Annahmerichtlinien					
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein. Bei Beobachtungen/Untersuchungen/Behandlungen z. B. in einem Krankenhaus und bei ambulanten Operationen beträgt der Abfragezeitraum 5 Jahre, bei Sucht-/Kinderwunschbehandlung, Essstörung 10 Jahre (in allen anderen Fällen 3 Jahre).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre rückwirkend.	✓ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ K 20, A90 100: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen (...) andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (...), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?".	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten, Anomalien oder liegt eine Beeinträchtigung des Sehvermögens vor?"	Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	✓ Ja, der Versicherer verzichtet im Antrag auf Fragen nach unbehandelten Beschwerden/Krankheiten in der Vergangenheit.	
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	Keine Leistung vorhanden.	✓ Einzelfallprüfung bei mehr als 2 fehlenden Zähnen (ggf. zahnärztlicher Untersuchungsbericht, Vereinbarung eines Leistungsauschlusses erforderlich).	✓ 1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung 2 und 3 fehlende Zähne: begrenzte Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max.Jahre") ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung (im Regelfall)	A90 100, Z100 80, KTV 6: Es liegen leider keine Informationen vor.	✓ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✓ Kinder sind auch alleine versicherbar, sofern mind. ein Elternteil in einer PKV vollversichert ist.	✓ Kinder sind ab vollendetem 2. Lebensjahr auch alleine versicherbar.	✓ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✓ Wird für Kinder, die bereits das 6. Lebensjahr vollendet haben, ein Antrag gestellt, ohne das ein Elternteil bereits bei der AO versichert ist oder sich gleichzeitig bei der AO versichern möchte, werden für die Gesundheitsprüfung folgende Unterlagen benötigt: - alle U-Berichte - aktueller zahnärztlicher Befundbericht	✓ Kinder sind auch alleine versicherbar.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Ausland					
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	 AM13, S1, Z9: Es besteht - zeitlich unbegrenzt - weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.	 Dauert der Aufenthalt über die jeweils geltende Leistungsdauer von 3 bzw. 36 Monaten an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf der geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen. Während der Leistungsdauer und solange eine besondere Vereinbarung besteht, ist eine Beendigung der Versicherung ausgeschlossen. Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die Leistungsdauer überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50% der tariflichen Leistungen erhalten. Hinweis: Während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 36 Monaten, sofern der Versicherungsbeginn der Krankheitskostenvollversicherung mindestens 36 Monate zurückliegt oder bis zu 3 Monaten in allen anderen Fällen. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	 Während des ersten Monats eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über den einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Der Versicherungsschutz ist zeitlich unbegrenzt, wenn für die versicherte Person bei der Barmenia im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung u. a. sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus besteht. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen.	 A90 100, Z100 80: Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu 3 Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem längeren Aufenthalt verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsschutz gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags fortzuführen, sofern dies spätestens drei Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes außerhalb von Europa beantragt wird.	 Es besteht bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten nur Versicherungsschutz in Ländern mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen (Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich mit seinen überseeischen Departments Französisch-Guayana, Guadeloupe, Martinique und Réunion, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz ,Slowakei, Slowenien, Tschechien, Spanien, Ungarn und Zypern (griechischer Teil)). Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Es besteht bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten nur Versicherungsschutz in Ländern mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	 S1: Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport zur stationären Weiterbehandlung im Heimatland bei Krankheit oder Unfall: - bei einem versicherten Elternteil: inkl. der entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist - bei versicherten minderjährigen Kindern: inkl. der Kosten einer notwendigen Begleitperson Der Versicherer organisiert den Transport. Im Todesfall sind die Kosten für die Überführung der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis maximal 12.000 EUR versichert. Bergungskosten werden bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall erstattet, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. private Unfallversicherung). AM13: Rücktransporte aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.	 Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	 Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden.	 Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>✔ S1: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer).</p> <p>Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.</p> <p>Z9: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.</p> <p>AM13: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet wird auch eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.</p> <p>Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.</p>	<p>✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>	<p>✘ Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.</p>	<p>✔ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR ist die Fortsetzung möglich. Gegen einen vom Versicherer festgelegten Zuschlag entfällt die Begrenzung auf das deutsche Kostenniveau.</p>	<p>✘</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>✔ S1: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer).</p> <p>Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.</p> <p>Z9: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.</p> <p>AM13: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet wird auch eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.</p> <p>Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.</p>	<p>✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>	<p>✘ Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.</p>	<p>✔ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR ist die Fortsetzung möglich. Gegen einen vom Versicherer festgelegten Zuschlag entfällt die Begrenzung auf das deutsche Kostenniveau.</p>	<p>✘</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	AM13, S1, Z9: Ja. Bei Wohnsitzverlegung (es werden mehr als 182 Tage zusammenhängend in einem Staat außerhalb der EU/des EWR verbracht (vorübergehende Unterbrechungen zählen dabei mit zu dem Aufenthalt im Ausland)) kann das Vertragsverhältnis fortgesetzt werden; der Versicherer darf dann aber ab dem 183. Tag einen länderspezifischen Beitragszuschlag erheben, ansonsten endet das Versicherungsverhältnis oder kann in eine Anwartschaft umgestellt werden.	s. Leistungspunkt "Weltweiter Versicherungsschutz mind. Monate" (Vertragsfortführung möglich, ggf. gegen Beitragszuschlag/mit Befristung der Verlängerung; ohne Vereinbarung 50% der tariflichen Leistungen). Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird. Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).	Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu drei Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem längeren Aufenthalt verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsschutz gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags fortzuführen, sofern dies spätestens drei Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes außerhalb von Europa beantragt wird.	
Optionsrecht auf Höherversicherung					
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	AM13, S1, Z9: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten. Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).	Ja, es besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung (und ein Optionsrecht auf Nachversicherung wahlweise eines Tarifes für eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine Pflegegeldversicherung mit max. 60 EUR Tagegeldleistung ohne erneute Wartezeiten/Gesundheitsprüfung, sofern das Optionsrecht auf Höherversicherung nicht wahrgenommen wird).	Die Leistung ist vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	AM13, S1, Z9: Bei Erreichen des 30., 35., 40., 45. oder 50. Lebensjahres kann der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umgestellt werden. Termin der Umstellung ist der 1. des Geburtsmonats; Antragstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: AM13, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.	(Optionszeitpunkte für die Nachversicherung: - zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn, sofern dieser Stichtag nach Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt - zum Monatsersten nach Ablauf von 8 oder 13 Jahren oder danach kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren, je nachdem, welcher Terminer als letzter vor der Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt.) Hinweis: Optionszeitpunkte für die Höherversicherung: - einer (altersunabhängig): zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn - mehrere (vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person): zum Monatsersten nach Ablauf von 8 bzw. 13 Jahren ab Beginn und dann kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren.	Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere SB-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	<p>✔ AM13, S1, Z9: Ja, das Optionsrecht kann auch zu folgenden Ereignissen ausgeübt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Entsendung ins Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist, - bei Aufhalten im Ausland, die länger als 182 Tage zusammenhängend dauern, - einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person, - bei Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt Ausbildung, Bachelor, Master, Staatsexamen), sofern eine der Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. - bei Heirat/Eintragung einer Lebenspartnerschaft, - bei Scheidung/Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, - bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner, wenn beide Partner nach diesem Tarif versichert sind. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs, - bei einer Einkommenserhöhung von mindestens 20% innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit (bei Selbstständigen: Einkommensnachweis der letzten 3 Jahre erforderlich). <p>Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses, welches nachzuweisen ist, beantragt werden. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: AM13, S1, Z9: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.</p>	Nein, es besteht kein anlassbezogenes Optionsrecht.	<p>✔ Es ist anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten: Zusätzlich innerhalb von 15 Versicherungsjahren zu folgenden Anlässen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abschluss Berufsausbildung - einmalig bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestelltentätigkeit und Selbstständigkeit - Entsendung der versicherten Person ins Ausland <p>Nach Reduktion des Versicherungsschutzes (max. 2 mal, Rückumstellung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif)</p>		
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	<p>✔ AM13, S1, Z9: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>	<p>⚠ Bei einem Wechsel zum 3. Optionstermin (nach Ablauf von 13 Jahren) kann der Versicherer einen Risikozuschlag von max. von 40% verlangen. Ab dem 4. Optionstermin ist ein Risikozuschlag von max. 60% möglich. Hinweis: Der Wechsel zum 1. und 2. Optionstermin (nach Ablauf von 3 bzw. 8 Jahren) ist ohne Gesundheitsprüfung möglich.</p>	<p>✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	<p>✔ S1: Ja, es gibt keine Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.</p> <p>Z9: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIz der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig.</p> <p>AM13: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIa der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig.</p>	<p>✔ Eine Umstellung ist in alle verkaufsoffenen Tarife möglich (Stand 04.2014).</p>	<p>✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.</p>		
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	<p>✔ AM13, S1, Z9: Ja, der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass auch ein mitversichertes Kind in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne Gesundheitsprüfung umgestellt wird: - gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, - einmalig bei Abschluss der Schulausbildung, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums. Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses beantragt werden.</p>	<p>Nein. Das Optionsrecht gilt nicht für Personen, die im Rahmen der Kindernachversicherung versichert wurden.</p>	<p>✔ Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.</p>		
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	<p>✔ AM13, S1, Z9: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.</p>	<p>Sofern vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat, gilt das Optionsrecht nicht (eine Krankheitskostenvollversicherung, die zuvor beim Versicherer ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung geführt wurde oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung zählt nicht als Vorversicherung).</p>	<p>Das Optionsrecht besteht nur dann, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand.</p>		
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	<p>✔ AM13, S1, Z9: Das "normale" Optionsrecht muss spätestens zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden. Hinweis: AM13, S1, Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Das erste Optionsrecht (nach Ablauf von drei Jahren) kann altersunabhängig ausgeübt werden, die weiteren Optionsrechte nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres.</p>	<p>✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.</p>		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))					
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	<p>✔ S1: Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern sie innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus beginnt. Ist ein Beginn innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüft der Versicherer die Gründe und sagt bei einer medizinisch notwendigen AHB die Leistungen auch für einen späteren Beginn zu. Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherten erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu.</p> <p>Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation.</p> <p>Keine Kostenerstattung, wenn andere Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.</p> <p>AM13: Versichert ist die medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern sie innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus beginnt. Ist ein Beginn innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüft der Versicherer die Gründe und sagt bei einer medizinisch notwendigen AHB die Leistungen auch für einen späteren Beginn zu. Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherten erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu.</p> <p>Versichert sind auch ambulante Maßnahmen zur Rehabilitation.</p> <p>Keine Kostenerstattung, wenn andere Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.</p>	<p>✔ uni-introPrivat 300: Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen (AHB) sind im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Eine AHB in diesem Sinne liegt vor, wenn sich innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt oder im ambulanten Rahmen anschließt und diese Heilbehandlung Krankheit zu heilen oder zu bessern. uni-SZ II plus: s. ambulanten Tarif</p>	<p>✔ Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.</p> <p>Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. AHB fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für 3 Wochen ein Krankenhustagegeld von 25 EUR.</p>	<p>✔ zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde.</p> <p>⚠ Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. Hinweis: Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die Aufwendungen für eine ambulante Anschlussheilbehandlung sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger vorhanden ist.</p>	<p>Die GKV leistet unter bestimmten Voraussetzungen (s. nachfolgende Leistungspunkte) für (Anschluss-)Reha-Maßnahmen, sofern kein anderer Leistungsträger wie die Rentenversicherung oder Unfallversicherung vorrangig in der Leistungspflicht ist. Dabei wird jeder Fall individuell entschieden.</p>
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	<p>S1: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn andere Kostenträger nicht leisten müssen.</p> <p>AM13: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>	<p>uni-introPrivat 300: Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.</p> <p>uni-SZ II plus: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann.</p>	<p>Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.</p>	<p>K 20: Nein. Für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht keine Leistungspflicht.</p> <p>A90 100: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>	<p>GKV-Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	<p>✔ AM13: Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p> <p>S1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>	<p>✔ uni-introPrivat 300: Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p> <p>uni-SZ II plus: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>	<p>✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p>	<p>✔ A90 100: Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p> <p>K 20: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>	<p>Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p>
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	<p>✔ S1: Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p> <p>AM13: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>	<p>✔ uni-SZ II plus, uni-introPrivat 300: Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p>	<p>✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p>	<p>✔ K 20: Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p> <p>A90 100: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>	<p>Ja. Leistung vorhanden, s. o.</p>

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	AM13, S1: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	uni-SZ II plus, uni-introPrivat 300: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	A90 100: s. K-Tarif K 20: Nein. Stationäre AHB müssen innerhalb von 8 Tagen angetreten werden.	Nein: - Zusage erforderlich - medizinische Voraussetzungen müssen erfüllt sein (prüft der MDK) - versicherungsrechtliche Voraussetzungen müssen erfüllt sein (prüft die Krankenkasse) - Patient muss rehabfähig sein - Diagnose abhängig (da nicht für jede Diagnose eine Rehaeinrichtung vorhanden ist) - Therapien sind abhängig vom Leistungserbringer (= Rehaeinrichtung) und vertragsabhängig - Leistungshöhe = vertragsabhängig - 10 EUR Eigenanteil pro Tag, max. 28 Tage Antrittsfrist: 14 Tage (sofern keine Direktverlegung aus dem Krankenhaus) Verweildauer: in der Regel 21 Nächte/22 Kalendertage (individuelle Empfehlung durch den MDK)
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	AM13: Ja. Leistung vorhanden, s. o. S1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	uni-SZ II plus: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant uni-introPrivat 300: Nein. Keine Leistung vorhanden.	Ja. Leistung vorhanden, s. o.	K 20: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant A90 100: Nein. Keine Leistung vorhanden.	Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	S1: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM13: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	uni-SZ II plus, uni-introPrivat 300: Nein. Keine Leistung vorhanden.	Ja. Leistung vorhanden, s. o.	A90 100: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant K 20: Nein. Keine Leistung vorhanden.	Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	AM13, S1: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	uni-SZ II plus, uni-introPrivat 300: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	K 20, A90 100: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein: - Zusage erforderlich - medizinische Voraussetzungen müssen erfüllt sein (prüft der MDK) - versicherungsrechtliche Voraussetzungen müssen erfüllt sein (prüft die Krankenkasse) - Patient muss rehabfähig sein - Diagnose abhängig (da nicht für jede Diagnose eine Rehaeinrichtung vorhanden ist) - Therapien sind abhängig vom Leistungserbringer (= Rehaeinrichtung) und vertragsabhängig - Leistungshöhe = vertragsabhängig - ambulant: 10 EUR Eigenanteil pro Tag, max. 42 Tage - stationär: 10 EUR Eigenanteil pro Tag, max. 42 Tage (Ausnahme Sucht und Psychoreha: max. 28 Tage) Antrittsfrist: in der Regel 4 Monate (in Ausnahmefällen 6 Monate) Verweildauer: in der Regel 21 Nächte/22 Kalendertage (individuelle Empfehlung durch den MDK)

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universona uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag					
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	<p>✓ AM13: Versichert sind insgesamt drei ambulante (und stationäre) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger). S1: Versichert sind insgesamt drei stationäre (und ambulante) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).</p>	<p>⚠ Aufwendungen für die Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) mit Ausnahme von Nikotinsucht sind nach folgenden Maßgaben erstattungsfähig: - Anspruch besteht für insgesamt bis zu 3 ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen während der gesamten Vertragslaufzeit, - es kann kein gesetzlicher Rehabilitationsträger oder sonstige Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, - im ambulanten Rahmen bis zu einer Dauer von 6 Monaten - im stationären Rahmen bis zu einer Dauer von 3 Monaten - der Versicherer hat vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt, - die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70% erstattet. Hinweis: Entziehungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Erstattet werden insgesamt drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat und Erfolgsaussichten bestehen. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80%, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht und der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen (zu 80%).</p>	
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✓ Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind versichert, wenn - bei Behandlungsbeginn die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein durch künstliche Befruchtung überwunden werden kann und - die Behandlung bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht und - nur Ei- und Samenzellen der jeweiligen Paare verwendet werden. Erstattungsfähig sind während der gesamten Vertragslaufzeit bis zu 8 Inseminationen sowie 8 Versuche der In-vitro-Fertilisation/IVF und/oder Intracytoplasmatischen Spermieninjekti-on/CSI. Hat eine an der Behandlung beteiligte, aber nicht bei uns versicherte Person einen Anspruch auf Leistung bei einem anderen Kostenträger, müssen nur die nach Vorleistung des anderen Kostenträgers (z. B. GKV) verbleibenden Kosten erstattet werden. Der Versicherer empfiehlt zur Vermeidung möglicher Leistungskürzungen, vorab Art und Umfang der Behandlung über ihn zu klären.</p>	<p>Aufwendungen für assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✓ In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✓ Reproduktionsmedizinische Maßnahmen sind zu 100% erstattungsfähig.</p>	
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	<p>✓ Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht. Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-introPrivat versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.</p>	<p>✓ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld bezieht und sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mindestens 8 Monate im Tarif einsA prima+ versichert ist. Bei einer Hausentbindung (muss ausdrücklich als solche in der Rechnung bezeichnet werden) wird einmalig eine Pauschale von 500 EUR gezahlt (keine Anrechnung auf die Selbstbeteiligung). Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden erstattet, sofern nach ärztlichen Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).</p>	Keine Leistung vorhanden.	<p>Bezieher von Erziehungsgeld bleiben in der GKV beitragsfrei weiter versichert, wenn sie dort Pflichtmitglied waren. Wenn freiwillig Versicherte Erziehungsgeld erhalten, müssen sie zusätzlich für sonstige Einkünfte Beiträge entrichten. Dies bedeutet beispielsweise auch, dass freiwillig versicherte, nicht erwerbstätige Mitglieder, deren Beitragsbemessung auf der anteiligen Zurechnung von Erwerbseinkommen des nicht gesetzlich krankenversicherten Ehegatten beruht, während des Erziehungsgeldbezugs den gleichen Beitrag wie vorher zu entrichten haben, da der Unterhalt aus dem Verdienst des Ehegatten nicht entfällt.</p>
Garantierte Beitragsrückerstattung?	AM13, Z9: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universona uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreiem Jahr?	<p>✔ S1: Es wird keine Beitragsrückerstattung aus diesem Tarif gezahlt. AM13: Die BRE beträgt zzt. 3 Monatsbeiträge für ein - im ambulanten Bereich - leistungsfreies Kalenderjahr (anteilige BRE bei unterjährigem Beginn).</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich. Z9: Die BRE beträgt zzt. 3 Monatsbeiträge für ein - im Zahnbereich - leistungsfreies Kalenderjahr (anteilige BRE bei unterjährigem Beginn).</p> <p>Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).</p>	<p>✔ Die Beitragsrückerstattung* bei Leistungsfreiheit beträgt zzt.: 1,0 Monatsbeitrag (MB) für 1 bis 2 Kalenderjahre (KJ) 1,5 MB für 3 bis 4 KJ 2,0 MB für 5 KJ 2,5 MB für 6 KJ 3,0 MB für 7 KJ 3,5 MB für 8 KJ 4 MB für 9 oder mehr KJ * anteilig bei unterjährigem Beginn</p>	<p>✔ Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt zzt.: 1 Monatsbeitrag für 1 leistungsfreies Jahr 1,5 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Jahre 2,0 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Jahre 2,5 Monatsbeiträge für 4 leistungsfreie Jahre 3,0 Monatsbeiträge für 5 und mehr leistungsfreie Jahre</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und zahnpflichtige Leistungen bzw. die Entbindungspauschale sind BRE-unschädlich, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen entsprechend bezeichnet sind bzw. erkennbar ist, dass es sich um eine Hausentbindung gehandelt hat.</p>	<p>✔ Die BRE beträgt: - 2 Monatsbeiträge bei Leistungsfreiheit* in 2019 - 3 Monatsbeiträge bei Leistungsfreiheit* in 2019 und 2018 - 4 Monatsbeiträge bei Leistungsfreiheit* in 2019 und 2018 und 2017 * (ambulant, stationär und zahnärztlich)</p> <p>Grundlage für die Berechnung eines Monatsbeitrages ist 1/12 des Jahresbeitrages des ambulanten Tarifes ohne gesetzlichen Zuschlag.</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen nach den Gebührensätzen 23-29, 687-688 (GOÄ) und 0010, 1000, 1010, 1020, 1040, 2000, 4050, 4055, 4060 (GOZ) gefährden den BRE-Anspruch nicht.</p> <p>Bei einem unterjährigen Versicherungsbeginn in 2019 wird die BRE anteilig berechnet.</p>	Keine Leistung vorhanden.
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neubeschluss?	<p>✔ Wartezeiten bestehen nicht.</p>	<p>Kein genereller Verzicht auf die Wartezeiten.</p> <p>Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.</p> <p>Bei Übertritt/Wechsel aus der GKV oder einer anderen PKV oder bei Vorlage eines (zahn-)ärztlichen Zeugnisses können die Wartezeiten erlassen/angerechnet werden.</p>	<p>✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.</p>	<p>A90 100, Z100 80: Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Bei Zahnbehandlung wird auf die Einhaltung der besonderen Wartezeit verzichtet. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.</p>	<p>✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.</p>
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	<p>✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, umfasst der Versicherungsschutz auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Behinderungen).</p>	<p>✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.</p>	<p>✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	<p>✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt.</p>	<p>✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ Bei Kündigung nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 verpflichtet sich der Versicherer zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Die Zusatzversicherung muss dabei in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen und der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.</p>	<p>✘ Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.</p>
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	<p>✔ Ja, Leistungspflicht besteht für Folgen von Kriegereignissen außerhalb Deutschlands, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Land vor Beginn des Aufenthalts im Ausland keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist. Durch Terrorereignisse verursachte Krankheiten und Folgen eines Unfalls sind weltweit versichert. Für durch Kriegereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte Krankheiten sowie deren Folgen und Folgen von Unfällen und Todesfälle wird nicht geleistet.</p>	<p>✔ Leistungspflicht besteht während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht worden sind, und für Terroranschläge. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird ebenfalls geleistet (Leistungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern werden angerechnet).</p>	<p>✔ Ja, terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des Absatz 1. a).</p>	<p>✔ A90 100, Z100 80: Ja, sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine Kriegereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 Abs.1 a) MB/KK 2009.</p>	<p>✔ Leistungspflicht besteht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	<p>✔ Der Vertrag wird in der Regel für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.</p> <p>Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.</p>	<p>✔ A90 100, Z100 80: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.</p>	<p>✔ Die Kündigungsfrist beträgt 2 Monate. Für Versicherte besteht nach einem Kassenwechsel grundsätzlich eine Bindungsfrist von 18 Monaten (Erhöht die bisherige Krankenkasse jedoch den Beitragssatz, gilt diese Bindungsfrist nicht mehr, ebenso bei einem Wechsel in die private Krankenversicherung für freiwillig Versicherte).</p>
Sonstiges	<p>✔ Der Versicherer bietet Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall, beispielsweise medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen), zu finden unter: www.sdk.de.</p>	Keine Leistung vorhanden.	<p>✔ Beitragsbefreiung - bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 für die Dauer der Pflegebedürftigkeit - ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts (jedoch nicht bei Anschlussheilbehandlungen sowie bei Aufhalten, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)</p>		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Krankentagegeld					
Ist das Tagegeld bei Arbeitnehmern auch über Nettoeinkommen versicherbar?	✔ Das Krankentagegeld kann max. bis zum Nettoeinkommen zzgl. der Versicherungsbeiträge für die gesetzliche Rentenversicherung sowie der privaten Krankenversicherung (inkl. Pflegepflichtversicherung) versichert werden.	✔ Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden: a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und an die Bundesanstalt für Arbeit, soweit diese vom Krankentagegeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden, c) Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung.	⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist das Nettoeinkommen bei Antragstellung bzw. bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	✔ Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei Arbeitnehmern: 1/12 des jährlichen Nettoeinkommens zuzüglich der Beiträge für die Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur gesetzlichen Versorgungswerke (Bemessungsgrundlage sind 80% des Arbeitsentgeltes, max. 80% der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung).	Der Krankengeldanspruch beträgt in der Regel 70 % des Bruttoverdienstes, maximal 90 % des Nettoarbeitsentgelts (jeweils begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzl. Krankenversicherung).
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten (bei Verkürzung der Karenzzeit)?	✔ Beim Wechsel in die Selbstständigkeit kann die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten in Tarife mit kürzerer Karenzzeit ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten wechseln. Dies gilt auch für Arbeitnehmer, wenn sich die dauer der Lohnfortzahlung verkürzt.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind - ggf. mit besonderen Vereinbarungen.	✔ Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	✔ In der gesetzlichen Krankenversicherung wird keine Gesundheitsprüfung vorgenommen.
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	✔ Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos im Sinne des Arbeitsförderungsgesetzes, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	✔ Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15a) auf zwölf Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. Unberührt bleibt § 15b).	✔ Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit. Wird die versicherte Person arbeitslos und hat grundsätzlich Anspruch auf gesetzliche Leistungen, endet das Versicherungsverhältnis nicht, es erfolgt jedoch eine Herabstufung des Tagessatzes (für gekürzten Satz kann eine Anwartschaft vereinbart werden). Das Versicherungsverhältnis endet erst, wenn feststeht, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder auf Grund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.	⚠ Es wird nicht über die Regelungen der MB/KT hinaus geleistet. Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	⚠ Während des Bezuges von Arbeitslosengeld ruht der Krankengeldanspruch. Bei Bezug einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente erlischt der Anspruch.
Ist das Tagegeld bei Selbstständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?	✔ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht. Zusätzlich zum "Nettoeinkommen" kann auch der Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung (SDK) versichert werden.	✔ Als Nettoeinkommen gilt bei Selbstständigen der vereinbarte Vohundertersatz - höchstens jedoch 75 Prozent - des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern in den letzten zwölf Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden: a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzl. Rentenversicherung, b) Pflichtbeiträge zur gesetzl. Rentenversicherung und an die Bundesanstalt für Arbeit, soweit diese vom Krankentagegeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden, c) Beiträge zu einer privaten Krankenvers.	⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebsentnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	⚠ Das Krankentagegeld beträgt 70% des letzten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts, maximal 90% des Nettoarbeitsentgelts (bei Selbstständigen/ Freiberuflern: Arbeitsentgelt - Gewinn vor Steuern). Die Beitragsbemessungsgrenze nach SGB (Sozialgesetzbuch) beschränkt zusätzlich die Höhe des Krankentagegeldes. Der maximale Krankentagegeldanspruch beträgt pro Tag 83,13 EUR bzw. 2.493,30 EUR monatlich (Stand 2006). Hinweis: Der maximale Krankentagegeldanspruch beträgt pro Tag 83,13 EUR bzw. 2.493,30 EUR monatlich (Stand 2006).
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	✔ Ja, laut Barmenia-Existenzgründer-Zertifikat vom 26.04.2010 können Existenzgründer bis zu 60 EUR pro Tag (Freiberufler mit eigener Kanzlei/Büro und Handwerksmeister mit eigenem Betrieb bis zu 120 EUR pro Tag) absichern, ohne dass im Leistungsfall eine Kürzung aufgrund eines zu geringen Einkommens vorgenommen wird.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	














Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✘ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✔ Besteht bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person spätestens nach Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✔ Krankengeld wird bis zur Anerkennung einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente gezahlt. Der Krankengeldanspruch verringert sich um evtl. Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung.
Endet der KT-Anspruch nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente?	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✘ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	✔ Nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht). Weitere Voraussetzungen: Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit (Risiko-)Lebens- oder Rentenversicherung bei der unVersa Lebensversicherung a.G.. Einstufung in die Berufsgruppen 1 bis 3 der BUZ-Annahmerichtlinien und Beantragung von unisafe HQ mittels eines speziellen Antragsformulars.	✔ Verdienst-Sicherungs-Programm (VerSiPro) bei gleichzeitigem Abschluss einer BU-Versicherung bei der Barmenia Lebensversicherung a.G. Die Barmenia leistet bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder bei dauerhafter Berufsunfähigkeit. Die Barmenia prüft die Ansprüche "aus einer Hand". Keine zeitliche Verzögerung beim Übergang des Krankentagegeldes auf die Berufsunfähigkeitsrente.	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	Die gesetzliche Krankenversicherung bietet keine Berufsunfähigkeitsversicherung an.
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzlichen Trägers?	✔ Abweichend von § 5 (1) g) MB/KT 94 wird während einer Kuroder Sanatoriumsbehandlung sowie während einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers Krankentagegeld gezahlt, wenn – die medizinische Notwendigkeit für Art und Dauer dieser Behandlung bzw. Maßnahme durch ein ausführliches ärztliches Attest nachgewiesen wird und – unmittelbar vor ihrem Beginn eine seit mindestens vier Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Etwalige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z.B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.	✔ Abweichend von § 5 (1) g) wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.	✔ Bei einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers wird geleistet, sofern vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens 14 Tage vor der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme bestand. Zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbrachte Zahlungen eines Rehabilitationsträgers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.	✔ Nach einem stationären Krankenhausaufenthalt werden die Leistungen auch bei notwendigen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erbracht, wenn die Notwendigkeit der Maßnahmen durch den Versicherer schriftlich aufgrund eines ärztlichen Attestes anerkannt worden ist.	✔ Ja, bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit besteht Krankengeldanspruch.
Wird auf den Ausschluss wegen Alkoholgenuss verzichtet?	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind. Das Krankentagegeld wird auch bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund der insgesamt ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen (auch wg. nicht stoffgebundener Suchterkrankungen) gezahlt - zu 80%, wenn Erfolgsaussichten bestehen und wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
Sind Entziehungsmassnahmen mitversichert?	✘ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✘ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✔ Leistungen werden bei den ersten drei Entziehungsmassnahmen erbracht.	✘ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✘ Die GKV sieht keine Einschränkung vor.
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt - Einziges geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz	✔ Eine Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallweisung handelte oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder - sich innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung).	✔ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt"	✘ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat	✘ Die GKV sieht keine Einschränkung vor.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?			Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.		 Ein Leistungsanspruch besteht, wenn <ul style="list-style-type: none"> - der Versicherungsnehmer ist berufstätig und kein Arbeitsentgelt in der Zeit erhält, während dieser sein Kind pflegt - das Kind ist gesetzlich versichert - im Haushalt gibt es niemanden, der an Stelle des Elternteils das Kind pflegen könnte - der Versicherungsnehmer hat selbst einen Anspruch auf Krankengeld - ein Arzt bescheinigt, dass das erkrankte Kind beaufsichtigt, betreut oder gepflegt werden muss. - das Kind ist jünger als 12 Jahre (wenn es behindert und auf Hilfe angewiesen ist, gibt es keine Altersgrenze)
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?	 Abweichend von § 5 (1) d) MB/KT 94 besteht ausserhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Dies gilt sinngemäß auch für Selbstständige.	 Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei Fehlgeburt, bei Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer, eugenischer und ethischer Indikation sowie bei durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Die Bestimmungen über die Mutterschutzfristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.	 Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt findet außerhalb der Mutterschutzfristen keine Anwendung. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.	 außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Leistungsanspruch besteht im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten. während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausschlag), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.	 Leistungspflicht besteht auch bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
Wird eine Entbindungspauschale gezahlt?	 Entbindungspauschale in Höhe des zwölfwachen Krankentagegeldes.	 Entbindungspauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes.			Es wird keine Entbindungspauschale gezahlt.
Gelten Bedingungsverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?	 Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	 Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	 Bei einem Aufenthalt im Ausland wird für dort eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, bei einer versicherten Tarifstufe mit längerer Karenzzeit entsprechend später, bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.	 Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/Rückreise mgl.)	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Ausnahme: vorherige schriftl. Zusage oder vorherige Mitteilung an Versicherer. Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	Die GKV sieht keine Einschränkung vor.
Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?	✔ Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeiten zusammengezählt. Für Selbstständige gilt dies sinngemäß.	✔ Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, so werden sie bei Beginn der Krankentagegeldleistungen ebenfalls zusammengefasst. Hinweis: Selbstständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.	✔ Wird innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ärztlich festgestellt, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.	✔ Tritt innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.	✔ Bei stationärer Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge-/Reha-Einrichtung entsteht ein Krankengeldanspruch ab Beginn. In anderen Fällen wird Krankengeld aufgrund derselben Krankheit für max. 78 Wochen gezahlt. Es ruht während des Bezuges von Arbeitseinkommen.
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederungsversuch?	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	✔ Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mind. dreimonatiger Dauer, für die die ALTE OLDENBURGER (AO) Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit, zahlt die AO für längstens 91 Tage die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Teilarbeitsunfähigkeit (AU) im Sinne dieser Bestimmung liegt vor, solange eine AU von mindestens 50 % besteht, die stufenweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit mediz. angezeigt ist u. ärztlich bescheinigt wird.	✔ Während einer schrittweisen Wiederaufnahme der Arbeit bleibt der Krankengeldanspruch erhalten. Bei Arbeitnehmern, die in dieser Zeit ein Gehalt für ihre Arbeit erhalten, verringert sich das Krankengeld entsprechend (max. vorheriges Nettoeinkommen). Wer als Selbstständiger eine Wiedereingliederung durchführt, erhält ebenfalls weiter Krankengeld. Es wird anteilig für die Stunden gekürzt, in denen der Selbstständige gearbeitet hat.
Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?	✔ Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern mindestens alle 3 Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einem versicherten Krankentagegeld von mindestens EUR 25,- das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Dabei wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt. Sofern eine darüber hinausgehende Erhöhung des Nettoeinkommens nachgewiesen wird, erfolgt diese Anpassung aufgrund der individuellen Entwicklung des Nettoeinkommens. Für Arbeitnehmer wird auch ausserhalb des 3-Jahres-Zeitraumes bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagegeld angepasst.	✔ Dem Versicherungsnehmer wird alle zwei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen. Die Anpassung wird allen Versicherungsnehmern angeboten, deren Vertrag zur Zeit der Anpassung mindestens ein Jahr bestanden hat und für die ein Krankentagegeld von mindestens 15 EUR versichert ist. Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich bei Arbeitnehmern die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe, wenn diese spät. 2 Mnat. nach Änderung beantragt wird)	✔ Der Versicherungsnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragen. Der Versicherungsschutz kann insoweit angepasst werden, dass maximal die Erhöhungen des Nettoeinkommens der dem Anpassungszeitpunkt vorausgegangenem zwei Jahre ausgeglichen werden. Der Versicherer wird ferner dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zum Ausgleich eines veränderten Nettoeinkommens anbieten.	✔ Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern mindestens alle drei Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einem versicherten Krankentagegeld von mindestens EUR 30,- das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Dabei wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt.	✔ In der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Krankengeld automatisch ohne Gesundheitsprüfung an das Einkommen angepasst. Der maximale Krankengeldanspruch beträgt pro Tag 83,13 EUR bzw. 2.493,30 EUR monatlich (Stand 2006).
Wird bei einem stationärem KH-Aufenthalt früher geleistet?	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	✔ Bei stationärer Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge-/Reha-Einrichtung entsteht ein Krankengeldanspruch ab Beginn.
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht					
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht bei GKV-Versicherten?	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei einer anderen PKV besteht?	Selbstständige: Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht. Hinweis: Arbeitnehmer: Information wird nachgeliefert/Antwort des Versicherers steht noch aus	Tarif nur in Verbindung mit PKV-Voll beim selben Versicherer versicherbar - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif nur in Verbindung mit PKV-Voll beim selben Versicherer versicherbar - Leistungsmerkmal nicht relevant	Krankengeld ist in der GKV nicht alleine versicherbar.
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei ihm besteht?	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Univera uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:	726,09 €	500,38 €	609,16 €	757,30 €	909,39 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	92 %	69 %	73 %	82 %	54 %
Krankentagegeld					
Ist ein Abschluss möglich, wenn die PKV bei einem anderen Versicherer besteht?	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden - auf den Krankentagegeldtarif fällt dann ein 40%iger Beitragszuschlag an.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden (oder für GKV versicherte Arbeitnehmer).	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden.	
Mindestvertragsdauer	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr beginnt am 01.07. und endet am 30.06. eines Jahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	
Sonstiges?	✔ Bei Entbindungen wird nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine Pauschale in Höhe des zwölfwachen Krankentagegeldes gezahlt, höchstens jedoch das 60fache des Monatsbeitrages.	✔ Bei Entbindungen erhalten weibliche Versicherte gegen Vorlage einer Geburtsurkunde ein pauschales Tagegeld in Höhe des zehnfachen des versicherten Krankentagegeldes (Entbindungsgeld).	✔ Besteht für einen Arbeitnehmer während der ersten vier Wochen eines Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, wird das vereinbarte Krankentagegeld auch nach einer Karenzzeit von drei Tagen für jeden Tag einer völligen Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum Ablauf der vierten Woche des Arbeitsverhältnisses gezahlt.	✔ Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mind. dreimonatiger Dauer, für die die ALTE OLDENBURGER (AO) Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit, zahlt die AO für längstens 91 Tage die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Teilarbeitsunfähigkeit (AU) im Sinne dieser Bestimmung liegt vor, solange eine AU von mindestens 50 % besteht, die stufenweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit mediz. angezeigt ist u. ärztlich bescheinigt wird.	<p>✔ Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes (sofern das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde) der Arbeit fernbleiben und eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann.</p> <p>Die Bezugsdauer beim Kinderkrankengeld beträgt zehn Tage für jedes Kind, bei Alleinerziehenden 20 Arbeitstage. Für Versicherte mit mehr als zwei Kindern sind jedoch Grenzen gesetzt. Sie können sich maximal für 25 (Alleinerziehende 50) Arbeitstage im Kalenderjahr von der Arbeit freistellen lassen. Hinweis: Bei Arbeitsunfähigkeit wird Krankengeld wegen der gleichen Krankheit für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt - gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzukommt, verlängert sich dadurch nicht die Dauer der Krankengeldzahlung.</p> <p>Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, werden wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld angesehen.</p>