

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Max Musteranalyse

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

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname: Max
Nachname: Musteranalyse
Geburtsdatum: 16.12.1975
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Mediziner/in angestellt
Status: Versicherungsnehmer

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.09.2019
Tarifgebiet: West
Tarifarten: Krankenvollversicherung

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
Barmenia	VHV1C+ PVN	666,34 €
AXA - DBV	VA6-U Prem Zahn-U PVN	686,93 €
Barmenia	VHV2C+ PVN	621,82 €
Inter	JA U JE U PVN	650,84 €
LKH	A101 S201 Z90 PVN	598,91 €
GKV	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN	880,28 €

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.

Barmenia		AXA - DBV		Barmenia		Inter		LKH		GKV	
VHV1C+	562,35 €	VA6-U	491,02 €	VHV2C+	521,88 €	JA U	542,65 €	A101	269,06 €	GKV Arbeitnehmer (DAK)	730,54 €
Kompakttarif für Ärzte, deren Ehegatten/ Lebenspartner und Kinder sowie für Medizinstudenten		Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 80-100% Psychotherapie		Kompakttarif für Ärzte, deren Ehegatten/ Lebenspartner und Kinder sowie für Medizinstudenten		Kompakttarif mit 100% Erstattung für ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt), 100% Zahnbehandlung, 80% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Tarif für Ärzte, deren Ehegatten u. Kinder. Tarifstand: 01.01.2018		100% Erstattung für ambulante Behandlung (ohne Heilpraktiker), 80% für Zahnbehandlung Tarif für Ärzte (keine Zahn- oder Tierärzte), deren Ehegatten/Lebenspartner gem. Lebenspartnergesetz und Kinder Kinder, die - in häuslicher Gemeinschaft mit dem VN leben und - eine schulische Ausbildung oder ein Studium durchlaufen, sind nach A101A/A121A und S201A versicherbar (über "Altтарif hinzufügen" anzeigbar) Tarifstand: 01.01.2018		Gesetzliche Krankenversicherung (Beispiel DAK) Höchstbeitrag für Arbeitnehmer. Es wird eine fiktive Selbstbeteiligung von 600 EUR p.a. unterstellt. Bis Alter 18 wird der Beitrag für freiwillig versicherte Kinder inkl. Pflegepflichtbeitrag angezeigt! Tarifstand: 01.01.2019	
Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 85% Psychotherapie		Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung 100% Regelleistungen		Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 85% Psychotherapie							
Stationär: 100% Regelleistungen 100% Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Privatarzt)		Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige. Tarifstand: 01.01.2018		Stationär: 100% Regelleistungen 100% Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Privatarzt)							
Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie				Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie							
Selbstbehalt: 300 EUR p. a.				Selbstbehalt: 300 EUR p. a.							
Tarifstand: 01.01.2018				Tarifstand: 01.01.2019							

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		AXA - DBV		Barmenia		Inter		LKH		GKV	
		Prem Zahn-U	89,64 €			JE U	5,58 €	S201	168,02 €		
		Zahntarif: 100% Zahnbehandlung 90% Zahnersatz 90-100% Kieferorthopädie Tarifstand: 01.01.2018				1-Bettzimmer. Ergänzungsbaustein zu Tarif JA. Tarifstand: 01.01.2019		Stationärer Tarif (1- und 2-Bettzimmer, Chefarzt, Belegarzt, Regelleistungen). 50 EUR Kurtagegeld Kinder, die - in häuslicher Gemeinschaft mit dem VN leben und - eine schulische Ausbildung oder ein Studium durchlaufen, sind nach S201A und A101A/A121A versicherbar (über "Altтарif hinzufügen" anzeigbar) Tarifstand: 01.01.2017			
Gesetzlicher Zuschlag:	56,23 €	Gesetzlicher Zuschlag:	58,07 €	Gesetzlicher Zuschlag:	52,19 €	Gesetzlicher Zuschlag:	54,82 €	Z90	63,86 €	Gesetzlicher Zuschlag:	50,09 €
								Zahntarif: - Zahnbehandlung: 20% - Zahnersatz und Kieferorthopädie: 90% Tarifstand: 01.01.2018			
PVN	47,75 €	PVN	48,20 €	PVN	47,75 €	PVN	47,79 €	PVN	47,88 €	PVN	149,74 €
Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Gesetzliche Pflegepflichtversicherung. (Höchstbeitrag, inkl. Kinderlosenzuschlag) Tarifstand: 01.01.2019	
Gesamtbeitrag mtl.:	666,34 €		686,93 €		621,82 €		650,84 €		598,91 €		880,28 €
Arbeitnehmeranteil mtl.:	333,17 €		343,46 €		310,91 €		325,42 €		299,46 €		500,83 €
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	358,17 €		343,46 €		335,91 €		325,42 €		299,46 €		550,83 €

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.

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Selbstbehalt p.a.:	300,00 €		300,00 €			600,00 €
SB Art *:	ASZ		ASZ			ASZ
Arbeitnehmeranteil:	333,17 €	343,46 €	310,91 €	325,42 €	299,46 €	500,83 €
Effektivbeitrag **::	358,17 €	343,46 €	335,91 €	325,42 €	299,46 €	550,83 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär						
	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	keine Wahlleistungen
Zahn						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	85 %	90 %	85 %	80 %	90 %	50 %
Kieferorthopädie	85 %	90 %	85 %	80 %	90 %	80 %

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	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Selbstbeteiligung							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		300,00 €	0,00 €	300,00 €	0,00 €	0,00 €	600,00 € 
							Hinweis: In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine pauschale Obergrenze. Aufgrund der diversen Selbstbehalte wird eine jährliche SB von insgesamt 600 EUR fiktiv unterstellt.
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		300,00 €	0,00 €	300,00 €	0,00 €	0,00 €	
- 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							
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?							
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung							
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland							
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte							
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €							
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ... %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
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)		✓	✓	✓	✓	✓ Hinweis: Ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte (incl. ambulante Operationen) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig, sofern der Versicherer vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat.	
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	✓	✓			
Heilpraktiker							
Heilpraktiker		✓	✓	✓			
- xx % Erstattung		100 %	100 %	100 %			
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	2.000,00 €	unbegrenzt			
- mind. bis Höchstsatz GebüH		✓	✓	✓			
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)			 Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte			⚠ Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.			✓	
Vorsorge							
- über gesetzliche Programme	📄	✓	✓	✓	✖	✓ ⚠ Hinweis: Vorsorgeuntersuchungen innerhalb gesetzlich eingeführter Programme (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) sind zu 100% erstattungsfähig. Darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Check-Up) werden zu 80% erstattet.	✖
- Schutzimpfungen	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Heilmittel							
Definition Heilmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %	📄	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	90 % ✖
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	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	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Hilfsmittel							
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %	📄	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	90 % 🚫
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	120,00 € 🚫
- offener Hilfsmittelkatalog	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung		✓	⚠️ Hinweis: Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.	✓	✓	✓	✓
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis		✓		✓			✓
- Atemmonitor (Heimgerät)	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitor (Heimgerät)	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Heimdialysegerät	📄	✓	✓	✓	✓	✓	🚫
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Hör-/Sprechgeräte	📄	✓	✓ ⚠️ Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung.	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Orthopädische Schuhe							
		Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.		Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	Hinweis: Orthopädische Schuhe werden bis zu 410 EUR pro Paar erstattet.		
- Blindenhund o. Blindenleitgerät							
- Blindenlese-/Vorlesegerät							
			Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.				
- Körpersersatzstücke ohne Summenbegrenzung							
- Prothesen							
- Kunstaugen							
- Orthesen							
Sehhilfen							
- Erstattung xx €		400,00 €	300,00 €	400,00 €	260,00 €	300,00 €	
		Hinweis: Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%. Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.	Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser einschließlich Brillengestelle oder Kontaktlinsen) werden wie folgt erstattet: - Einstärkengläser/ Einstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser/ Mehrstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR Operative Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bei medizinischer Notwendigkeit ist zu 100% erstattungsfähig.	Hinweis: Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%. Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.		Hinweis: Aufwendungen für refraktive Hornhautchirurgie (z.B. Lasik) sind zu 100% erstattungsfähig.	Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig.
- Anspruch mind. alle 24 Monate							

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Psychotherapie							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)							
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte							
			Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.				
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage							
Ambulant							
Ambulante Transporte							
Ambulante Transporte							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung							
- bei Gehunfähigkeit							
		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.		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.	Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel (2. Klasse), privates Kraftfahrzeug): - zum und vom Arzt/ Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation bis insgesamt 150 EUR pro Kalenderjahr - für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.		

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)							
			Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.				
- ambulante Notfalltransporte							
Arznei-/Verbandmittel							
- ohne zusätzliche SB							
		Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).		Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).			
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/ parenteral hinaus)							
			Hinweis: Vitaminmonopräparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen werden erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)		✓	✓	✓	✓	✓	
Kurleistung ambulant							
Kurleistung ambulant		✓		✓	✓	✓	✓
- Verzicht auf Kurortklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulant							
sonstiges		✓	✓	✓		✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
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)		✓	✓	✓	✓	✓ Hinweis: Wahl- und belegärztliche Leistungen (incl. Beleghebamme) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig, sofern der Versicherer vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat.	
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	✓	✓			
Anschlussreha (AHB)							
- AHB bei bestimmten Diagnosen ohne Zusage versichert		✓	✓	✓	✓		
- AHB ohne vorherige Zusage versichert		✓		✓	✓		
Privatkliniken							
Privatkliniken		✓	✓	✓	✓	✓	
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntgG/BPflV		✓		✓	✓		
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓		✓	✓		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Stationär							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus							
Ersatzkrankenhaustagegeld							
						Hinweis: Das Ersatzkrankenhaustagegeld wird für höchstens 28 Tage je Kalenderjahr gezahlt.	
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

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Zahn							
Zahnbehandlung %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz %		85 %	90 %	85 %	80 %	90 %	50 %
Kieferorthopädie %		85 %	90 %	85 %	80 %	90 %	80 %
			Hinweis: Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 100% erstattet.				
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	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)					 Hinweis: Der Erstattungsbetrag für zahnärztliche Leistungen wird für jede versicherte Person in-nerhalb der ersten 48 Monate ihrer Versicherung nach Tarif JE (1. bis 4. Leistungsjahr) begrenzt auf höchstens 500 EUR pro Leistungsjahr.		
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung							
Zahn							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o. ä.							

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Summenbegrenzung max. ... Jahre		0	4	0	4	unbegrenzt	0
		Hinweis: Zahnstaffel: - bei 2 fehlenden Zähnen: 250 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ - bei 3 fehlenden Zähnen: 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ	Hinweis: Zahnstaffel bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: - Wartezeit in den ersten zwei Jahren - im 3. Jahr bis 525 EUR Rechnungsbetrag - im 4. Jahr bis 1.050 EUR Rechnungsbetrag - ab dem 5. Jahr werden die tariflichen Leistungen erbracht	Hinweis: Zahnstaffel: - bei 2 fehlenden Zähnen: 250 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ - bei 3 fehlenden Zähnen: 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ			
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							
- sonstiges							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2013	2013	2013	2013	2013	
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):							
- Markteinführung BiSex- "Vorgängertarif" (Jahr):		2009		1994	2009	1984	
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		3	6	3	5		unbegrenzt
Kinder alleine versicherbar ab Alter		0	16	0	1	0	0
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt	6	3	6	1	
			Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.				Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Es besteht bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten nur Versicherungsschutz in Ländern mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Rücktransport aus dem Ausland							
						Hinweis: S201: Es ist nur der Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland (abzüglich eines Eigenanteils von 500 EUR) erstattungsfähig.	
- 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							
		Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).		Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).			
Optionsrecht auf Höherversicherung							
Optionsrecht auf Höherversicherung							
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		3	1	3			
- anlassbezogenes Optionsrecht							
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn- U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- keine Beschränkung der Zieltarife		✓	✓ ⚠ Hinweis: VA6-U: Es ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.	✓			
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen		✓	✓ ⚠ Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversiche- rung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.	✓			
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung			✓ ⚠ Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvoll- versicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.				
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt			
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen		✓		✓		✓	
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓	✓	✓	✓	✓	
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung		✓	✓	✓			
- Beitragsrückerstattung garantiert							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	AXA - DBV	Barmenia	Inter	LKH	GKV
		VHV1C+ PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN	VHV2C+ PVN	JA U JE U PVN	A101 S201 Z90 PVN	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:		666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		1	1	1	1	2	
			Hinweis: Verhaltensbonus: - BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 25 EUR jährlich (ab Alter 20) - Nichtraucher: 25 EUR jährlich (ab Alter 20) - Sportabzeichen: 50 EUR - aktive Mitgliedschaft im Fitness-Studio: 50 EUR (ab Alter 20)		Hinweis: Regelung für Neukunden: Bei ununterbrochener Leistungsfreiheit seit Beginn des Versicherungsverhältnisses werden für das 1. bzw. das 1. und 2. bzw. das 1.-3. Kalenderjahr jeweils 3 MMB gezahlt (ab dem 4. KJ bzw. bei Unterbrechung der Leistungsfreiheit erfolgt die Auszahlung wie oben beschrieben). Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird für das 1. KJ für jeden vollen versicherten Monat 1/4 des MMB gezahlt. Die erhöhte BRE gilt auch bei der Nachversicherung von z. B. Ehegatten und Kindern; sie entfällt, wenn die Versicherung in Ruhe gesetzt wird.		
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss							
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien							
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung							
- Verbesserte Kriegsklausel							
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2	2	2	1	2	0
sonstiges							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Selbstbeteiligung						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 300 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 300 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	⚠ 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. Fahrtkosten: 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 der diversen Selbstbehalte wird eine jährliche SB von insgesamt 600 EUR aktiv unterstellt.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 300 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 – 100% Erstattung = 800 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.	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 0 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung = 1.000 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR (bei Einschaltung VR) - 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.	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 300 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 – 100% Erstattung = 800 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.	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 0 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung = 1.000 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 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. * bei Einschaltung VR	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 0 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung = 1.000 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 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 über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	In der GKV sind Selbstbeteiligungen/Zuzahlungen in allen Bereichen vorgesehen.
- prozentualer Selbstbehalt?	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Bis zum Alter 18 sind Kinder u. Jugendliche teilweise oder vollständig von Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln befreit.

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ 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.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ 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.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ In der GKV ist keine pauschale Selbstbeteiligung vorgesehen.
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ 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.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ 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.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ 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 vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte (incl. ambulante Operationen) auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	⚠ Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch. Seit 2004 können Versicherte das sog. Kostenerstattungsprivatärztliche 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 Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ JE U: Bei ambulanten und stationären ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen, die nach Tarif JAL bzw. JA erstattungsfähig sind, erstattet der Versicherer - in Höhe der in den Tarifen JAL bzw. JA festgelegten Erstattungsprozentsätze für die jeweiligen Leistungen - die Honoraranteile, die über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) aufgeführten Höchstsätze hinausgehen, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt. JA U: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte (incl. ambulante Operationen) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig, sofern der Versicherer vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat.	⚠ Erstattungsfähig sind ca. 60% der privatärztlichen Rechnung (ca. 1,7 facher Satz der GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	✔ Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✘ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✘ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✘
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✘ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	✘ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	✘ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	✔ Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen - außer Psychotherapie - werden zu 100% erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	✘	✘ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	✘
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen einschließlich verordneter Arzneimittel werden bis max. 2.000 EUR p.a. erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✘	✘ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	✘
- mind. bis zum Höchstsatz Gebüh. erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind über die Höchstsätze des Gebüh. erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des Gebüh. erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind über die Höchstsätze des Gebüh. erstattungsfähig.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	✘
Sind erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandverzeichnis (über Gebüh. hinaus) erstattungsfähig?	✘ Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.	⚠ Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben. Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	✘ Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.	✘ 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 von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	✘ Nein, es sind keine Leistungen über das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker 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.	✘ Keine Leistung vorhanden.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.	Aufwendungen für Methoden der besonderen Therapierichtungen durch Ärzte sind nicht erstattungsfähig. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend 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 medizinisch anerkannte und in der Praxis bewährte Naturheilverfahren, die von Ärzten durchgeführt werden.	
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔ Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".	✘ Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Vorsorgeuntersuchungen innerhalb gesetzlich eingeführter Programme (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) sind zu 100% erstattungsfähig. Darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Check-Up) werden zu 80% erstattet.	✘ Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Schutzimpfungen?	<p>✔ Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (z. B. solche gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut). Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind. Berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge nicht verpflichtet ist, die Kosten hierfür zu übernehmen.</p>	<p>✔ Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (z. B. solche gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut). Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind. Berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge nicht verpflichtet ist, die Kosten hierfür zu übernehmen.</p>	<p>✔ Erstattet werden: Staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer nicht nur aus beruflichen Gründen oder Reisen empfohlen werden. Sofern die Impfungen nur für bestimmte Personengruppen empfohlen werden (z.B. aufgrund von Altersgrenzen), muss die versicherte Person diesem Personenkreis angehören. Reiseimpfungen gegen folgende Krankheiten: Hepatitis A und B, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Cholera.</p>	<p>✔ Schutzimpfungen und Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) werden - mit Ausnahme von beruflich bedingten Impfungen und Reiseschutzimpfungen - erstattet.</p>	<p>✔ Ärztlich angeratene Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff (außer zu Reisezwecken) sind erstattungsfähig.</p>
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	<p>✔ Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen.</p>	<p>✔ Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie und Logopädie.</p>	<p>✔ Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen.</p>	<p>✔ Heilmittel: Hierzu gehören Inhalationen, Physiotherapie (Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Übungsbehandlung, Traktionsbehandlung, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie), Logopädie, Ergotherapie, Podologie. Mehraufwendungen für die Behandlung außerhalb der Praxis des Behandlers sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Als Heilmittel gelten ausschließlich Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder (nicht aber Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder), Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie.</p>	<p>✔ 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.</p>
- Erstattung von Heilmitteln in %?	<p>✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>✖ Bei Heilmitteln sind zehn Prozent der Kosten selbst zu übernehmen. Außerdem fällt eine Zuzahlung von zehn Euro je Verordnung an.</p>
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	<p>✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✖ Bei Heilmitteln sind zehn Prozent der Kosten selbst zu übernehmen. Außerdem fällt eine Zuzahlung von zehn Euro je Verordnung an.</p>
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	<p>✔ Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✔ Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✔ Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✔ Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✔ Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✖ 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.</p>
- Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis, eine Begrenzung auf Beihilfesätze, "ortsübliche" oder "angemessene" Preise o. ä.?	<p>✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p> <p>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.</p>	<p>Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p>	<p>✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p> <p>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.</p>	<p>Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden, da angelehnt an Bundesbeihilfe (bis zum 1,15fachen der dort genannten Höchstbeträge erstattungsfähig).</p>	<p>Die Aufwendungen sind bis zu 25% über den Höchstbeträgen nach der Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (Gebüh) erstattungsfähig.</p>	<p>Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p>
- Logopädie	<p>✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Logopädie sind nach Mitteilung des Versicherers zu 100% erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>
- Ergotherapie	<p>✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Ergotherapie sind nach Mitteilung des Versicherers erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und künstliche Ernährung. Unter Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel.</p>	<p>✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und künstliche Ernährung. Unter Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen. Erstattungsfähig sind auch medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte).</p>	<p>✔ Als Hilfsmittel gelten technische Hilfsmittel, die dazu bestimmt sind, Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen zu mildern oder auszugleichen oder lebensnotwendige Funktionen aufrecht zu erhalten. Die tarifliche Leistungen werden für Hilfsmittel in erforderlicher Ausführung im Rahmen einer medizinisch notwendigen Versorgung erbracht.</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 %?	<p>✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>✔ Erstattet werden: - zu 100%: orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen - zu 100% bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerh. v. 2 Tagen (ansonsten zu 75%): orthopädische Maßschuhe (abzg. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Sprechhilfen, Körperersatzstücke, Orthesen, Herzschrittmacher, Gehstützen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore, Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Blindenstock, Blindenhund - elektronische Lesegeräte bis max. 2.450 EUR - Hörgeräte bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät - Perücken bis zu max. 520 EUR - Bettwärmertherapiegerät bis max. 120 EUR - Allergikerbettwäsche (= Encasings) bis max. 200 EUR p. a. - Bewegungsschienen bis max. 600 EUR pro Versicherungsfall - Tens-/EMS-Geräte bis max. 150 EUR pro Gerät - weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, in funktioneller Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>✔ Hilfsmittel* werden zu 100% erstattet, wenn sie nicht mehr als 300 EUR kosten. Teurere Hilfsmittel* werden entsprechend erstattet, wenn sie über den Versicherer bzw. nach vorheriger Zusage bezogen werden, andernfalls werden 80% vergütet.</p> <p>* Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe werden generell zu 100% erstattet, aber für Sehhilfen und orthopädische Schuhe gelten Erstattungshöchstbeträge (s. nachfolgende Leistungspunkte).</p>	<p>✔ Medizinisch notwendige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet, wenn sie nicht mehr als 1.000 EUR kosten. Teurere Hilfsmittel sind ebenfalls zu 100% erstattungsfähig, wenn der Versicherer vorab eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat; ansonsten reduziert sich die Erstattung auf 80%.</p>	<p>✘ Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln: 10%, mind. 5,- €, max. 10,- €. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, max. 10,- € monatlich.</p>
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	<p>✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✔ Es fällt nur dann eine separate Selbstbeteiligung - von 25% - an bei Hilfsmitteln, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen).</p>	<p>✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✔ Für Hilfsmittel fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 20% - an, wenn es mehr als 300 EUR kostet und nicht über die INTER bzw. ohne vorherige Zusage bezogen wird (gilt nicht für Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe, s. nachfolgende Leistungspunkte).</p>	<p>✔ Für Hilfsmittel, die bis 1.000 EUR kosten oder die vorab vom Versicherer zugesagt wurden, fällt keine separate Selbstbeteiligung an. Für Hilfsmittel über 1.000 EUR - ohne Zusage - beträgt der Eigenanteil 20%, er ist nicht in der Höhe begrenzt.</p>	<p>✘ Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln: 10%, mind. 5,- €, max. 10,- €. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, max. 10,- € monatlich.</p>
- offener Hilfsmittelkatalog?	<p>✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✔ Offener Hilfsmittelkatalog vorhanden.</p>
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	<p>✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Besteht eine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung?	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden; sie werden in erforderlicher Ausführung erstattet.	✔ Bei Hilfsmitteln ist die einfache Ausführung erstattungsfähig.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summenmäßig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden - ansonsten wird die Erstattung um 25% gekürzt.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Hilfsmittel (außer Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe), die mehr als 300 EUR kosten, müssen über den Versicherer bezogen oder von ihm vorab zugesagt werden, ansonsten verringert sich die Erstattung um 20%.	Ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR ist eine vorherige Leistungsusage erforderlich, ansonsten werden 80% (statt 100%) erstattet.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	⚠ Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor.
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung?	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle (in erforderlicher Ausführung) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät erstattungsfähig. Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragsliche Begrenzung.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind - ohne betragsliche Begrenzung - zu 100% erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe werden bis zu 410 EUR pro Paar erstattet.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR 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. Prothesen, Epithesen, Haarsatz).	✔ Ja, 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. Prothesen, Epithesen, Haarsatz).	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).	✔ Körperersatzstücke sind 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, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ 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.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 400 EUR erstattet. Hinweis: Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%. Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser einschließlich Brillengestelle oder Kontaktlinsen) werden wir folgt erstattet: - Einstärkengläser/Einstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser/Mehrstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR Operative Sehschärferkorrektur (z. B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bei medizinischer Notwendigkeit ist zu 100% erstattungsfähig.	Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 400 EUR erstattet. Hinweis: Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%. Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.	Brillen und Kontaktlinsen: erstattungsfähig sind zu 100% die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 260,00 EUR für eine Sehhilfe.	Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen) werden bis zu 300 EUR erstattet. Hinweis: Aufwendungen für refraktive Hornhautchirurgie (z.B. Lasik) sind zu 100% erstattungsfähig.	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?	Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.	Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei dauerhafter Änderung der Sehschärfe seit dem Bezug der letzten Sehhilfe erstattungsfähig.	Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.	Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 260 EUR innerhalb von zwei Jahren.	Sehhilfen sind einmal pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig.
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Psychotherapie im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte, auch z.B. durch Dipl. Psychologen)?	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	15% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.	15% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	Keine unüblichen Einschränkungen.	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 psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen 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.	Die Leistung ist vorhanden.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.	Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse) werden zu 100% erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten zu 75%).	Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.	Erstattet werden Fahrten mit einem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) zur: - ambulanten Chemotherapie oder ambulanten Strahlenbehandlung (bis insgesamt 1.500 EUR pro Kalenderjahr) - Dialysebehandlung (bis insgesamt 3.000 EUR pro Kalenderjahr). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nur dann erstattungsfähig, wenn eine Gehunfähigkeit oder Verkehrsuntauglichkeit ärztlich bescheinigt wurde und der Versicherer vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat.	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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerkörperbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit zu 100% erstattet.	Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerkörperbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel (2. Klasse), privates Kraftfahrzeug): - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation bis insgesamt 150 EUR pro Kalenderjahr - für Untersuchungen, welche die Fahrttauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit/Verkehrsuntauglichkeit sind nach vorheriger Zusage 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.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht 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, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.	Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall zu 100% erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.	Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.	Erstattungsfähig sind Fahrten oder Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungsschrauber, Taxi, privates Kraftfahrzeug) zum nächst erreichbaren, geeigneten Arzt/Facharzt oder Krankenhaus bei Unfällen (am Unfalltag) bzw. zur Erstversorgung bei akuten, lebensbedrohlichen Zuständen. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR als Aufwendungen zugrunde gelegt.	Erstattungsfähig sind Fahrten oder Transporte bei Unfällen (am Unfalltag) und zur Versorgung von akut lebensbedrohlichen Zuständen.	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.
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	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)?	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 gelten nicht als Arzneimittel. Hinweis: Vitaminmangelerkrankungen werden erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	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.	Als Arzneimittel gelten auch bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden. Versichert sind auch Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel, die zur Behandlung von Mangelkrankungen medizinisch notwendig sind.	Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	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?	Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren.	Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren.	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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung von bis zu vier Wochen Dauer).	✔ Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherer bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung von bis zu vier Wochen Dauer).	✔ Zu 100 % erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn diese ärztlich verordnet ist. Erstattungsfähig sind auch: psychiatrische Pflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Intensiv-Behandlungspflege (z.B. Beatmung, Überwachung der Vitalparameter, tracheales Absaugen).	✔ Ja, Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegefachkräfte sind nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Höhe des Betrages, der für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, zu 100% erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig.
- Palliativversorgung?	✔ 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 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 zu 100% ärztlich verordnete Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. 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. Anspruch auf Erstattung der Leistungen haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet. Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.	✔ 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 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.	✔ Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind erstattungsfähig, soweit sie darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen und die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Der Anspruch besteht auch für versicherte Personen in stationären Pflegeeinrichtungen.	
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	✔ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✔ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	✔ Ärztliche Leistungen und Kurmittel, bei einer ärztlich verordneten ambulanten Kurbehandlung bis zur Dauer von 28 Tagen. Nach Inanspruchnahme werden diese Leistungen frühestens nach Ablauf von zwei Jahren erneut gewährt.	✔ Bei einer ambulanten Kur sind ärztliche Behandlungen und Wegegeld, Heilmittel, Arznei- und Verbandmittel erstattungsfähig. Der Anspruch hierauf entsteht erstmals nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, entsteht ein erneuter Anspruch im dritten darauffolgenden Kalenderjahr.	✔ 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.
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✔ 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.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ 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.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ 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.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Ambulant						
Sonstiges	<p>✔ Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Lebendorganspende - Soziotherapie - ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist - Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung <p>Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Soziotherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage - ambulante Anschlussheilbehandlung <p>Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Lebendorganspende - Soziotherapie - ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist - Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung <p>Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>		<p>✔ Erstattet werden auch Schwangerschaftsgymnastik, Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Heilpädagogik, Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✘ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ JE U: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig. JA U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✘
- 2-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✘
- Regelleistungen?	✔ Ja, 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).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung 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.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherten sind ärztliche Leistungen auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✘ 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?	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ JE U: Bei ambulanten und stationären ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen, die nach Tarif JAL bzw. JA erstattungsfähig sind, erstattet der Versicherer - in Höhe der in den Tarifen JAL bzw. JA festgelegten Erstattungsprozentsätze für die jeweiligen Leistungen - die Honoraranteile, die über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) aufgeführten Höchstsätze hinausgehen, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt. JA U: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Wahl- und belegärztliche Leistungen (incl. Beleghebamme) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig, sofern der Versicherer vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat.	✘ Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	✔ Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	✔ Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✘ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✘ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✘

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Anschlussreha (AHB)						
- Anschlussheilbehandlungen bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) ohne vorherige Zusage?	✔ Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen sind unabhängig von bestimmten Diagnosen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ Ja, Anschlussheilbehandlungen in gemischten Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftliche Zusage bei bestimmten Erkrankungen (Herztransplantationen, Bypassoperationen, akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheibenoperationen, Gelenkersatzoperationen, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schweren Schädel-Hirnverletzungen, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen, Nierentransplantation) erstattungsfähig, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.	✔ Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen sind unabhängig von bestimmten Diagnosen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ Ja, Aufwendungen für die medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussheilbehandlung) sind erstattungsfähig, soweit anderweitig kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß bei bestimmten Diagnosen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß bei bestimmten Diagnosen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig.
- Anschlussheilbehandlungen ohne vorherige Zusage?	✔ Ja, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorherige schriftliche Zusage nur bei bestimmten Erkrankungen erstattungsfähig.	✔ Ja, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ Ja, Aufwendungen für die medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussheilbehandlung) sind erstattungsfähig, soweit anderweitig kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.	Nein, Anschlussheilbehandlungen und medizinische Rehabilitation sind nur nach vorheriger Zusage erstattungsfähig.	Nein, für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB) wird auf Grundlage des SGB nur nach vorheriger Zusage durch die Krankenkasse geleistet.
Privatkliniken						
Privatkliniken	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	✔ Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Bundespflegesatzgesetzes, 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).	Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BPIV bzw. dem KHEntG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntG. (bei Berechnung nach Pflegeklassen: 1. Pflegeklasse = 1-Bettzimmer, 2. Pflegeklasse = 2-Bettzimmer, 3. Pflegeklasse = allgemeine Krankenhausleistung eines Krankenhauses). Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	✔ 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).	✔ In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer einschließlich ärztlicher Leistungen) + Krankenhausnebenkosten) in angemessener Höhe erstattet. Als angemessen gelten Beträge, die die durch das KHG/KHEntG bzw. die BPIV vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 100% überschreiten.	Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegen, sind die entstandenen Aufwendungen bis zu 25% über die Kosten hinaus erstattungsfähig, die in dem nächstgelegenen den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden geeigneten Krankenhaus der Maximalversorgung (z. B. Universitätskrankenhaus) angefallen wären. Wird die betreffende Behandlung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung nicht angeboten, sind die Aufwendungen hierfür bis zu 25% über die Kosten hinaus erstattungsfähig, die in dem nächstgelegenen den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden Krankenhaus angefallen wären, das die betreffende Behandlung anbietet.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	✔ Ja, Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	Erstattungsfähig sind Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer + privatärztliche Behandlung; Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BPIV bzw. dem KHEntgG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntgG. (bei Berechnung nach Pflegeklassen: 1. Pflegeklasse = 1-Bettzimmer, 2. Pflegeklasse = 2-Bettzimmer, 3. Pflegeklasse = allgemeine Krankenhausleistung eines Krankenhauses). Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	✔ Ja, Unterbringung im 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	✔ JA U: Wahlleistungen (gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterkunft im 2-Bettzimmer) sind erstattungsfähig. JE U: Die Differenzkosten 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegen, sind die entstandenen Aufwendungen bis zu 25% über die Kosten hinaus erstattungsfähig, die in dem nächstgelegenen den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden geeigneten Krankenhaus der Maximalversorgung (z. B. Universitätskrankenhaus) angefallen wären. Wird die betreffende Behandlung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung nicht angeboten, sind die Aufwendungen hierfür bis zu 25% über die Kosten hinaus erstattungsfähig, die in dem nächstgelegenen den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden Krankenhaus angefallen wären, das die betreffende Behandlung anbietet.	
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Fahrt oder den Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus oder für einen Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus.	✔ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✘ Krankentransport in Rettungsfahrzeugen und Krankenwagen zur stationären Behandlung werden abzüglich einer Eigenbeteiligung von 10,- € erstattet.
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✔ Bei Verzicht auf die Unterbringung im 1-Bettzimmer bzw. gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden jeweils 25 EUR pro Tag gezahlt. Wird auf die gesondert berechnete Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer verzichtet, werden 50 EUR pro Tag gezahlt.	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer werden 30 EUR pro Tag gezahlt.	✔ Bei Verzicht auf die Unterbringung im 2-Bettzimmer bzw. gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden jeweils 25 EUR pro Tag gezahlt.	✔ JE U: Wird bei vollstationärer Behandlung keine Unterkunft im Einbettzimmer in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 16 EUR (Kinder 0 - 15 Jahre hälftig) gezahlt. JA U: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 15,50,- € pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 15,50,- € gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung und bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden pro Tag 31,- € gezahlt.	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen werden für jeden Belegungstag 100 EUR (bis Alter 20: 50 EUR) gezahlt. Wird keine gesondert berechenbare Unterkunft in Anspruch genommen, werden für jeden Belegungstag 35 EUR gezahlt. Hinweis: Das Ersatzkrankenhaustagegeld wird für höchstens 28 Tage je Kalenderjahr 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. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt.	✘ Kein Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusatzerfordernisse bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✔ 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. Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelte oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.	✔ 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	✘ Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - zu einer unverzüglich medizinisch notwendigen Notfallbehandlung einzig eine gemischte Anstalt zur Verfügung steht. - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nur in einer gemischten Anstalt angeboten wird und diese Behandlung als einzig erfolgversprechende Behandlung angesehen werden muss. - eine medizinisch notwendige Anschlussrehabilitation durchgeführt wird.	✘ Eine vorherige Zusage ist nicht erforderlich, wenn und soweit die stationäre Behandlung eines akut medizinischen Notfalls vorliegt und die gemischte Krankenanstalt das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus ist.	
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ 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.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Die INTER leistet für Aufwendungen (bis zu der Höhe der GKV) einer notwendigen stationären Versorgung in einem Hospiz, wenn - die versicherte Person an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten ist, - eine ärztliche Verordnung vorliegt und - das Hospiz von der gesetzlichen Krankenversicherung durch Versorgungsvertrag zugelassen ist.	✔ Ja, die Kosten für die Behandlung im Hospiz sind erstattungsfähig in Höhe des Betrages, der für die Behandlung einer versicherten Person von der GKV aufzuwenden wäre. Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.	
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 100% erstattet.	✔ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegeverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.	✔ Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 100% erstattet.	"Rooming in" ist nicht versichert.	"Rooming in" ist nicht versichert.	
- Kuren stationär?	✔ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✔ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird kein separater Kurtarif angeboten.	✔ Bei stationären Kuren und Sanatoriumsbehandlungen sind die Aufwendungen bis zu 50 EUR täglich erstattungsfähig. Der Anspruch hierauf entsteht erstmalig nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauf folgenden Kalenderjahr nach dem letzten Kuraufenthalt.	✔ 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	Keine Leistung vorhanden.	✔ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegeverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.	Keine Leistung vorhanden.			✔ Im Krankenhaus und bei einer stationären Kur sind zehn Euro pro Tag zu entrichten. Bei 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

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Z90: Zahnbehandlung ist zu 20% erstattungsfähig. A101: Zahnbehandlung (incl. Zahn- und kieferchirurgischer Leistungen) ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ Sofern die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt wird, werden 100% erstattet.
Zahnersatz (%)?	✔ Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ Z90: Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig. A101: Die Kosten für Zahnersatz sind aus diesem Tarif nicht 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 85% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.  Hinweis: Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 100% erstattet.	✔ Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ Z90: Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig. A101: Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht 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.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.  Hinweis: Kieferorthopädie wird in der Regel nur bis Alter 18 erstattet.
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Z90, A101: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung 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.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Es wird auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus geleistet, wenn eine rechtsgültige Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOZ getroffen wurde und die Leistungen entsprechend der Gebührenordnung abgerechnet wurden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ JA U: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.  Bei ambulanten und stationären ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen, die nach Tarif JAL bzw. JA erstattungsfähig sind, erstattet der Versicherer - in Höhe der in den Tarifen JAL bzw. JA festgelegten Erstattungsprozentsätze für die jeweiligen Leistungen - die Honoraranteile, die über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) aufgeführten Höchstsätze hinausgehen, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt. Hinweis: Der Erstattungsbetrag für zahnärztliche Leistungen wird für jede versicherte Person in-nerhalb der ersten 48 Monate ihrer Versicherung nach Tarif JE (1. bis 4. Leistungsjahr) begrenzt auf höchstens 500 EUR pro Leistungsjahr.	✘ Z90, A101: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✘ Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	✔ Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✘ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✘ Z90, A101: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✘
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.	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.	✔ 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.	✔ Z90, A101: 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?	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren, sofern keine Zähne fehlen. Hinweis: Zahnstaffel: - bei 2 fehlenden Zähnen: 250 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ - bei 3 fehlenden Zähnen: 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ	✘ Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind, sofern keine Zähne fehlen, wie folgt begrenzt: - 2.000 EUR im ersten Versicherungsjahr - 4.000 EUR in den ersten 2 Versicherungsjahren - 6.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren - 8.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren Hinweis: Zahnstaffel bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: - Wartezeit in den ersten zwei Jahren - im 3. Jahr bis 525 EUR Rechnungsbetrag - im 4. Jahr bis 1.050 EUR Rechnungsbetrag - ab dem 5. Jahr werden die tariflichen Leistungen erbracht	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren, sofern keine Zähne fehlen. Hinweis: Zahnstaffel: - bei 2 fehlenden Zähnen: 250 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ - bei 3 fehlenden Zähnen: 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ	✘ Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 1.000 EUR innerhalb der ersten 12 Monate, 2.000 EUR innerhalb der ersten 24 Monate, 3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate, 4.000 EUR innerhalb der ersten 48 Monate.	✔ A101: Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren. Z90: Aufwendungen für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung werden in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000 EUR, ab dem vierten Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 20.000 EUR je Kalenderjahr berücksichtigt.	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.	✔ Bei unfallbedingter zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstaffel.	✔ Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ A101: Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren. Z90: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500 EUR überschreiten werden, ansonsten werden die über 1.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50% gekürzt.	Ein Heil- und Kostenplan ist bei Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung um 50%.	Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500 EUR überschreiten werden, ansonsten werden die über 1.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50% gekürzt.	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von 2.600 EUR oder mehr ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen.	✔ Z90, A101: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan erforderlich.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- 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.	✔ Z90: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. A101: Inlays & Implantate sind aus diesem Tarif nicht 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.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Inlays einen festgelegten Betrag (ca. 30,- €).
Sonstiges	✔ Zahnprophylaktische Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich entsprechend bezeichnet werden.	✔ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit zu 100% erstattet. Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit ist nicht versichert.	✔ Zahnprophylaktische Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich entsprechend bezeichnet werden.	Keine Leistung vorhanden.		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✔ Markteinführung: 01.2013	✔ VA6-U: Markteinführung: 04.2013 Prem Zahn-U: Markteinführung: 01.2013	✔ Markteinführung: 01.2013	✔ JE U, JA U: Markteinführung: 01.2013	✔ A101: Markteinführung: 01.2013 Z90: Markteinführung: 07.2014	
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):						
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	✔ Markteinführung Vorgängertarif "VHV 1C": 01.2009		✔ Markteinführung Vorgängertarif "VHV2C": 04.1994	✔ JA U: Markteinführung Vorgängertarif "JA": 09.1989 JE U: Markteinführung Vorgängertarif "JE": 2009	✔ Markteinführung Vorgängertarif "101":12.1984	
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	✔ 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.	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (5 Jahre bei ambulanten Operationen).	✔ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt 3 Jahre (stationär 5 Jahre).	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	✔ 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.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ 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 "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"		Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder liegen zzt. gesundheitliche Beschwerden vor?"		
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✔ 1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung 2 und 3 fehlende Zähne: Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max.Jahre") ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung (im Regelfall)	✔ bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: begrenzte Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max.Jahre") bei 6 fehlenden Zähnen: Leistungsausschluss	✔ 1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung 2 und 3 fehlende Zähne: Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max.Jahre") ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung (im Regelfall)	✔ Eine Annahme ist bei bis zu 5 fehlenden Zähnen möglich. 1-3 fehlende Zähne: Risikozuschlag notwendig i.H. von 5,- € je fehl. Zahn4-5 fehlende Zähne: es ist ein Zahnstatus erforderlich. Für die angegebenen fehlenden Zähne wird ein Leistungsausschluss vereinbart. Dieser kann nach Ablauf von 5 Jahren überprüft werden.Ab 6 fehlenden Zähnen: Antrag kann nicht angenommen werden.Sind 6 oder mehr Zähne ersetzt, überkront und/oder mit einem selbst herausnehmbaren Zahnersatz versorgt, die älter als 5 Jahre sind, ist ein aktueller Zahnstatus erforderlich.	Z90: Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor. A101: Es liegen leider keine Informationen vor.	✔ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind ab Vollendung des 1. Lebensjahres auch alleine versicherbar, VN muss aber mindestens einen Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldtarif beim Versicherer abschließen/abgeschlossen haben.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔ Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.	✖ Während der ersten drei Monate eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, so besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht 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.	✔ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 6 Monate. Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Beginn des Aufenthaltes im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.	✖ Weltweiter Versicherungsschutz besteht ohne besondere Vereinbarung für 6 Wochen bzw. für die Dauer nachgewiesener Transportfähigkeit.	✖ Es besteht bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten nur Versicherungsschutz in Ländern mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen (Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich mit seinen überseeischen Departements 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?	✔ Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig - Rettungsflüge ohne Begrenzung, sonstige Krankentransporte max. bis zu den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person. Überführungskosten und Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden analog sonstiger Krankentransporte erstattet.	✔ Die Mehrkosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Überführungskosten in das Heimatland werden bis zu 5.200 EUR erstattet.	✔ Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig - Rettungsflüge ohne Begrenzung, sonstige Krankentransporte max. bis zu den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person. Überführungskosten und Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden analog sonstiger Krankentransporte erstattet.	✔ Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.	✖ A101: Der Rücktransport aus dem Ausland ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: S201: Es ist nur der Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland (abzüglich eines Eigenanteils von 500 EUR) erstattungsfähig.	✖ Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.	✔ Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Gegen Zahlung eines angemessenen Zuschlages kann der volle tarifliche Versicherungsumfang vereinbart werden.	✖ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	✖
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlängerung möglich.	✔ Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Gegen Zahlung eines angemessenen Zuschlages kann der volle tarifliche Versicherungsumfang vereinbart werden.	✖ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	✖

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	<p>✔ Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).</p>	<p>✔ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderenweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderenweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthaltes bzw. solange eine besondere Vereinbarung getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung.</p> <p>Der Versicherte kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.</p>	<p>✔ Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).</p>	<p>✔ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Vertragsstaaten des Abkommens über EWR, ist sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Solange die VP einen Wohnsitz im EWR hat, ist der VR zum Angebot einer besonderen Vereinbarung verpflichtet.</p>	<p>Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden. Bei beruflich bedingtem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz gegen Zahlung eines angemessenen Zuschlages durch besondere Vereinbarung ausgedehnt werden.</p>	
Optionsrecht auf Höherversicherung						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	<p>✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.</p>	<p>✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.</p>	<p>✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.</p>	<p>✔ Innerhalb der ersten zehn Jahre seit Beginn der Versicherung im Tarif JA hat der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt der Niederlassung (Datum der Praxiseröffnung) das Recht, das Versicherungsverhältnis für alle versicherten Personen ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten auf eine Krankheitskostenvollversicherung nach den Tarifen MA, MK, MZ umzustellen. Der Antrag auf Umstellung muß innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach der Niederlassung gestellt werden.</p>	<p>Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	<p>✔ Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere SB-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.</p>	<p>✔ Neben der Möglichkeit, zu bestimmten Anlässen (z.B. Erlangung des Facharztstitels, Niederlassung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.</p>	<p>✔ Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere SB-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.</p>			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	<p>✔ Zusätzliches, anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung - innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person - einmal bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestellten- und Selbstständigkeit - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland <p>Des Weiteren ist nach Reduzierung des Versicherungsschutzes (max. zweimal) eine Rückumstellung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif möglich.</p>	<p>✔ Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einmalig bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. -qualifikation der versicherten Person - Erlangung des Facharztstitels - Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt - Niederlassung - Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person (in diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind) - Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet 	<p>✔ Zusätzliches, anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung - innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person - einmal bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestellten- und Selbstständigkeit - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland <p>Des Weiteren ist nach Reduzierung des Versicherungsschutzes (max. zweimal) eine Rückumstellung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif möglich.</p>			
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	<p>✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>	<p>✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>	<p>✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>			
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	<p>✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.</p>	<p>⚠ Es kann sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangt werden.</p> <p>Hinweis: VA6-U: Es ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</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>✔ Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.</p>	<p>⚠ Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.</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>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>	<p>⚠ Das anlassbezogene Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.</p> <p>Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.</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>✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.</p>	<p>✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.</p>	<p>✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.</p>			

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	<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 - der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um keine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht - hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist Bei der Erstattung von stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zugrunde gelegt (abzgl. Selbstbeteiligung).</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>Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage insgesamt max. drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer für Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit, sofern kein Erstattungsanspruch bei einem anderen Kostenträger (z.B. Rentenversicherungsträger, berufliche Versorgungswerke) besteht. Bei einer ambulanten Entziehungsmaßnahme werden 70% der erstattungsfähigen Aufwendungen übernommen (keine Fahrtkosten). Bei stationären Maßnahmen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen sowie die Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus erstattet. Arzneimittel zur Entziehung sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✓ S201, A101: Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt drei ambulante/stationäre Suchtentwöhnungsbehandlungen bei Substanzabhängigkeit (keine Nikotinsucht) erstattungsfähig. Ambulante Maßnahmen müssen in Einrichtungen, die mit der GKV einen entsprechenden Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, durchgeführt werden. Bei stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Kann ein Anspruch auf Kostenerstattung/ Kostübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden, besteht kein Leistungsanspruch.</p>	
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✓ In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✓ Künstliche Befruchtung ist zu 100% erstattungsfähig, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht. Ein Leistungsanspruch besteht für: - bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder - bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder - bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF). Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Anspruch auf Leistungen, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.</p>	<p>✓ In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kinderwunschbehandlungen (künstliche Befruchtung), wenn - bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität besteht, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, - eine deutliche Erfolgsaussicht für die Kinderwunschbehandlung gegeben ist, - die Behandlung bei Ehepartnern/Partnern in eheähnlicher Lebensgemeinschaft durchgeführt wird, - eine Befruchtung ausschließlich mit Ei- und Spermienzellen des Ehepartners/des Partners in eheähnlicher Gemeinschaft (homologe Befruchtung) erfolgt. Folgende Maßnahmen zählen hierbei zu einer künstlichen Befruchtung: Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie die hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln. Erstattungsfähig sind diejenigen Untersuchungen und Behandlungen, die bei der versicherten Person durchgeführt werden. Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen beim nicht sterilen Ehepartner/Partner in eheähnlicher Gemeinschaft sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen eine Krankheitskostenvollversicherung bei der INTER besteht. In diesem Fall gelten diese Aufwendungen als für den sterilen Partner entstanden.</p>	<p>✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind zu 50% erstattungsfähig, sofern - die jeweilige Maßnahme (s. u.) nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt, - die Behandlung bei einer verheirateten versicherten Person und ihrem Ehepartner erfolgt, - ausschließlich Ei- und Spermienzellen der Ehepartner verwendet werden und - eine nach medizinischen Kriterien deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht. Bei Insemination sind nach hormoneller Stimulation maximal drei Versuche, im Spontanzyklus maximal acht Versuche und bei IVF und ICSI insgesamt maximal drei Behandlungszyklen (Embryonentransfer) erstattungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit eines Komplettyklus bei IVF und ICSI sind die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer maßgeblich. Kann ein Anspruch auf Kostenerstattung/ Kostübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden, besteht in diesem Umfang kein Leistungsanspruch.</p>	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<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 VHV+ versichert ist.</p> <p>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).</p> <p>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>	<p>✔ VA6-U: Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für die versicherte Person, die das Elterngeld bezieht. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes VA6-U die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p> <p>500 EUR Pauschale bei häuslicher Entbindung (bei Mehrlingsgeburten entsprechend das Vielfache). Prem Zahn-U: Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für die versicherte Person, die das Elterngeld bezieht. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes Prem Zahn U die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</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 VHV+ versichert ist.</p> <p>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).</p> <p>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>		<p>Weder Beitragsfreiheit noch Zusatzleistung (außer Rückbildungsgymnastik) nach Entbindung.</p>	<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?	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Prem Zahn-U, VA6-U: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	Z90, A101: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	<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 zahnprophylaktische 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>⚠ Prem Zahn-U: Es liegen keine Informationen zur Beitragsrückerstattung vor. VA6-U: Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt 60% von: - 1 Monatsbeitrag bei 1 leistungsfreien Jahre - 1,5 Monatsbeiträgen bei 2 leistungsfreien Jahren - 2 Monatsbeiträgen bei 3 leistungsfreien Jahren - 2,5 Monatsbeiträgen bei 4 leistungsfreien Jahren - 3 Monatsbeiträgen bei 5 und mehr leistungsfreien Jahren Für unterjährige Beginne wird im 1. Jahr keine anteilige BRE gezahlt.</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und im Tarif genannte Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich. Hinweis: Verhaltensbonus: - BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 25 EUR jährlich (ab Alter 20) - Nichtraucher: 25 EUR jährlich (ab Alter 20) - Sportabzeichen: 50 EUR - aktive Mitgliedschaft im Fitness-Studio: 50 EUR (ab Alter 20)</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 zahnprophylaktische 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 bei Leistungsfreiheit beträgt zzt.: 1,5 MMB* für 1 Kalenderjahr (KJ) # 2 MMB* für 2 KJ # 2,5 MMB* für 3 KJ # 3 MMB* für 4 KJ # 4 MMB* für 5 KJ # 5 MMB* für 6 KJ # 6 MMB* für 7 KJ. *MMB = maßgeblicher Monatsbeitrag - errechnet sich aus dem ambulanten und zahnärztlichen Anteil des Monatsbeitrags (ohne gesetzlichen Zuschlag) zum 01.07. des für die BRE zu Grunde liegenden Jahres. Der Anteil beträgt für ambulante und zahnärztliche Behandlung 2/3 des gesamten Monatsbeitrags. Hinweis: Regelung für Neukunden: Bei ununterbrochener Leistungsfreiheit seit Beginn des Versicherungsverhältnisses werden für das 1. bzw. das 1. und 2. bzw. das 1.-3. Kalenderjahr jeweils 3 MMB gezahlt (ab dem 4. KJ bzw. bei Unterbrechung der Leistungsfreiheit erfolgt die Auszahlung wie oben beschrieben). Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird für das 1. KJ für jeden vollen versicherten Monat 1/4 des MMB gezahlt. Die erhöhte BRE gilt auch bei der Nachversicherung von z. B. Ehegatten und Kindern; sie entfällt, wenn die Versicherung in Ruhe gesetzt wird.</p>	<p>✔ Z90, A101: Bei Leistungsfreiheit (Vorsorge/Schutzimpfungen bleiben unberücksichtigt) wird eine Beitragsrückerstattung/BR (als Sofort-Gutschrift) gewährt: 0 Jahre - BR-Stufe 0: 0% (Neukunden im 1. Versicherungsjahr = 10%) 1 Jahr - BR-Stufe 1: 15% -> Rückstufung im Leistungsfall in BR-Stufe 0 2 Jahre - BR-Stufe 2: 25% -> Rückstufung im Leistungsfall in BR-Stufe 0 3 Jahre - BR-Stufe 3: 30% -> Rückstufung im Leistungsfall in BR-Stufe 1 4 Jahre - BR-Stufe 4: 35% -> Rückstufung im Leistungsfall in BR-Stufe 2 5 Jahre - BR-Stufe 5: 40% -> Rückstufung im Leistungsfall in BR-Stufe 3 Die BR bei Leistungsfreiheit wird nur gezahlt, wenn auch die Voraussetzungen für die "BR bei kostenbewusstem Verhalten vom 01.09. des vergangenen Jahres bis 31.08. des laufenden Jahres" (5% Beitragsnachlass bei Teilnahme am Lastschriftverfahren + max. 2 Leistungsanträgen p. a.; Leistungen für stationäre Behandlungen + Ersatz-Krankenhaustagegelder bleiben unberücksichtigt) erfüllt sind.</p>	Keine Leistung vorhanden.
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neubeschluss?	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1C+ PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN	Barmenia VHV2C+ PVN	Inter JA U JE U PVN	LKH A101 S201 Z90 PVN	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN
Monatsbeitrag:	666,34 €	686,93 €	621,82 €	650,84 €	598,91 €	880,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	93 %	80 %	73 %	48 %
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindermachversicherung das Neugeborene wie geboren.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Der Vorstand INTER Krankenversicherung aG hat am 22.09.2016 schriftlich bestätigt: In den Versicherungsbedingungen ist nicht geregelt, dass für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermachversicherung ab Geburt mitversichert werden, ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien besteht. Jedoch versichern wir Ihnen ergänzend von unseren Versicherungsbedingungen, dass wir im Rahmen der Kindermitversicherung mögliche Geburtsschäden und/oder Anomalien mit in den Versicherungsschutz einschließen.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostentellerversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✘ Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	✘ Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	✔ Ja. Keine Leistungspflicht besteht bei Kriegereignissen nur für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	✔ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).	✔ Ja. Keine Leistungspflicht besteht bei Kriegereignissen nur für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	✘ Keine Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.	✔ Ja, Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind, wenn der Eintritt von Kriegereignissen bzw. inneren Unruhen für das betreffende Land nicht vorhersehbar und der versicherten Person keine Ausreise in ein anderes Land ohne aktuelle Kriegereignisse oder innere Unruhen möglich war.	✔ Leistungspflicht besteht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ 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 identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ 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).
Sonstiges	✔ 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 Aufenthalten, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)	✔ Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungserbringern, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten. Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz.	✔ 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 Aufenthalten, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)	Keine Leistung vorhanden.		