

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Musteranalyse Beamtin / Beamter

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: Musteranalyse
Nachname: Beamtin / Beamter
Geburtsdatum: 03.03.1993
Geschlecht: Frau
Berufsgruppe: Beamte/r
Status: Versicherungsnehmer
Beihilfesatz: 50 %
Beihilfeträger: Bund

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.02.2020
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	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	337,47 €
LKH	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	277,17 €
Concordia	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	269,08 €
AXA - DBV	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	236,02 €
Signal Iduna	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	227,09 €
Continentale	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB	182,26 €

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		LKH		Concordia		AXA - DBV		Signal Iduna		Continentale	
VB130U	187,45 €	A22	52,34 €	AZN..	5,26 €	VisB 50T-U	180,37 €	KOMFORT-B 20V	60,05 €	COMFORT-B/50S	121,86 €
<p>Tarif für Beihilfeberechtigte. 30% Erstattung für ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen im 1- o. 2-Bett-Zimmer, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie.</p> <p>(Baden-Württemberg: für Beamte, die bis 31.12.2012 eingestellt wurden)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>		<p>20% Erstattung für ambulante Behandlung, 20% für Zahnbehandlung</p> <p>Tarif endet im Versorgungsfall</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>		<p>Ambulanter Zusatzbaustein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heilpraktiker: 80% - Naturheilverfahren durch Ärzte/Hufeland-Verzeichnis: 80% - Osteopathische Leistungen durch andere Leistungserbringer: 80% <p>Die tarifliche Gesamtleistung ist auf 1.500 EUR p. a. begrenzt (Kinder und Jugendliche bis 750 EUR) - begrenztere Leistungen im 1. + 2. VJ</p> <p>kombinierbar mit BV-Tarifen</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>		<p>Kompakttarif für Beihilfeberechtigte:</p> <p>ambulante Behandlung (80% Arznei-/Verbandmittel bis 1.000,- € RB, darüber 100% - des versicherten Prozentsatzes) Regelleistungen (einschl. Belegarzt) im Mehrbettzimmer Zahnbehandlung, Zahnersatz u. Kieferorthopädie.</p> <p>Zuschlag für Raucher: 17%</p> <p>Versicherter Prozentsatz: 50%</p> <p>Neben diesem Tarif kann eine Versicherung nach den Tarifreihen BN1 und BN2 weder abgeschlossen noch aufrecht erhalten werden. Umstellung in VisB 30-U bei Eintritt in Ruhestand, spätestens zum 1. des folgenden Kj., in dem VP gesetzl. Altersgrenze für Ruhestand erreicht.</p> <p>(Baden-Württemberg: für Beamte, die vor dem 1.1.2013 eingestellt wurden)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2018</p>		<p>Ambulant: 20% Ambulante Heilbehandlung mit Hausarztprinzip 20% Heilpraktiker bis 500 € Rechnungsbetrag p.a. 15% Heilmittel (bei schweren Erkrankungen 20%) 20% Psychotherapie</p> <p>Stationär: 20% Regelleistungen</p> <p>Zahn: 20% Zahnbehandlung 16-20% Zahnersatz bei regelm. Zahnvorsorge 20% Kieferorthopädie nach erfolgr. Abschluss</p> <p>(Tarif für Beihilfeberechtigte - endet im Versorgungsfall)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2018</p>		<p>Ambulant: 50% Ambulante Heilbehandlung 50% Heilpraktiker 50% Psychotherapie (max. 50 Sitzungen p.a.)</p> <p>Stationär: 50% Regelleistungen 50% Mehrbettzimmer</p> <p>Zahn: 50% Zahnbehandlung 50% Zahnersatz 50% Kieferorthopädie</p> <p>Selbstbehalt: Fallbezogener Selbstbehalt</p> <p>(Tarif für Beihilfeberechtigte; (BW: Beamte, die bis 31.12.2012 eingestellt wurden)) Bei Eintritt des Versorgungsfalles reduziert sich die Leistung auf 30%.</p> <p>AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.7.18 - 7e.10500/06.18; Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), Stand 1.7.18 - 7e.10097/07.18</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>	

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		LKH		Concordia		AXA - DBV		Signal Iduna		Continentale	
VB1ZU	93,68 €	A30	95,03 €	BV PLUS	12,40 €	BW2 50T-U	15,28 €	KOMFORT-B 30	117,92 €	EB-BU/50	8,55 €
<p>Tarif für Beihilfeberechtigte. 20% Erstattung für ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen im 1- o. 2-Bett-Zimmer, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie. Endet im Versorgungsfall, spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>		<p>30% Erstattung für ambulante Behandlung, 20% für Zahnbehandlung</p> <p>(Kombination für Hessen: A30, S20, SW20, Z30, ET30)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>		<p>Ergänzungsversicherung zur Vollversicherung für Beihilfeberechtigte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurtagegeld - Transporte zur amb. Behandlung - Erstattung über Höchstsatz GOÄ im stat. Bereich und bei amb. OP's - kurzfristige Auslandsreisen <p>AVB: Teil I (MB/KK 2013) + Teil II (TB/KK)_KVu-400-2017-01, Teil III (BV PLUS)_KVu 461 1.2013</p> <p>nur abschließbar mit BV-Tarif</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>		<p>50% Erstattung der Wahlleistungen im Krankenhaus (2-Bettzimmer, Privatarzt).</p> <p>Umstellung in BW2 30-U bei Eintritt in Ruhestand, spätestens zum 1. des folgenden Kj., in dem VP gesetzl. Altersgrenze für Ruhestand erreicht.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>		<p>Ambulant:</p> <ul style="list-style-type: none"> 30% Ambulante Heilbehandlung mit Hausarztprinzip 30% Heilpraktiker bis 500 € Rechnungsbetrag p.a. 22,5% Heilmittel (bei schweren Erkrankungen 30%) 30% Psychotherapie <p>Stationär:</p> <ul style="list-style-type: none"> 30% Regelleistungen <p>Zahn:</p> <ul style="list-style-type: none"> 30% Zahnbehandlung 24-30% Zahnersatz bei regelm. Zahnvorsorge 30% Kieferorthopädie nach erfolgr. Abschluss <p>(Tarif für Beihilfeberechtigte)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2018</p>		<p>Beihilfeergänzungstarif Erstattung nicht beihilfefähiger Aufwendungen</p> <p>Beitragszuschlag von 2,50 EUR mtl., wenn bei Vertragsabschluss Sehschwäche vorliegt (Alternative: LAS)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>	

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		LKH		Concordia		AXA - DBV		Signal Iduna		Continentale	
VE50U	4,90 €	ET50	10,37 €	BV20	63,51 €	BWE-U	5,72 €	KOMFORT-B-E 50	2,48 €	SP1Z-B	5,33 €
Ergänzungstarif mit Leistungen für: Ambulante Heilbehandlung - Arztbehandlung - Vorsorgeuntersuchungen - Heilpraktikerbehandlung - Hebammenleistungen - Psychotherapeutische Behandlung - Heilmittel - Hilfsmittel Stationäre Heilbehandlung - je nach Haupttarif: Belegarzt oder privatärztliche Behandlung Zahnärztliche Behandlung - Zahnbehandlung - Zahnprophylaxe - Zahnersatz und Kieferorthopädie Tarifstand: 01.01.2019		Beihilfeergänzungstarif - Heilpraktiker - erweiterte Vorsorgeuntersuchungen - nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige und nicht beihilfefähige Arzneimittel - Reiseschutzimpfungen - Sehhilfen - Ausland/Rücktransport - Option Krankentagegeld Tarifstand: 01.01.2015		Kompakttarif für Beihilfeberechtigte amb., stat. (2-Bettzimmer, Privatarzt) + Zahn. Versicherter Prozentsatz: 20% AVB: Teil I (MB/KK 2013) + Teil II (TB/KK) _KVu-400-2017-01, Teil III (Tarif BV)_KVu 460 7.2014 Tarifstand: 01.01.2020		Erstattung der Differenzkosten zwischen 1-Bettzimmer und 2-Bettzimmer. Tarifstand: 01.01.2019		Beihilfeergänzungstarif: - Heilpraktiker - Sehhilfen - Schutzimpfungen - Zahntechnische Material-/Laborkosten - Auslandsreise Versicherter Prozentsatz: 50% Tarifstand: 01.01.2020		Differenzkosten 1-Bettzimmer AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.7.18 - 7e.10500/06.18; Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), Stand 1.7.18 - 7e.10099/07.18 Tarifstand: 01.01.2019	
VENU	12,79 €	S22	12,99 €	BV30	129,72 €	BN3/2 50-U	4,39 €	KOMFORT-B-W 20V	4,32 €	SP2-B/50S	13,16 €
Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren (inkl. Hufeland) für Beihilfeberechtigte. (nur in Verbindung mit VBU, VKU und VEU bzw. VELU) Tarifstand: 01.01.2020		Stationär: 20% Regelleistungen Tarifstand: 01.01.2020		Kompakttarif für Beihilfeberechtigte amb., stat. (2-Bettzimmer, Privatarzt) + Zahn. Versicherter Prozentsatz: 30% AVB: Teil I (MB/KK 2013) + Teil II (TB/KK) _KVu-400-2017-01, Teil III (Tarif BV)_KVu 460 7.2014 Tarifstand: 01.01.2020		Ergänzungsversicherung zu Tarif Vision B für Heilpraktiker, Hilfsmittel, Ausland, Material- und Laborkosten. Tarifstand: 01.01.2013		Stationäre Zusatzversicherung: 20% Wahlärztliche Behandlung 20% 2-Bettzimmer Tarifstand: 01.01.2018		Stationäre Zusatzversicherung: - 2-Bettzimmer - wahlärztliche Behandlung (Tarif für Beihilfeberechtigte; (BW: Beamte, die bis 31.12.2012 eingestellt wurden)) AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.7.18 - 7e.10500/06.18; Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), Stand 1.7.18 - 7e.10099/07.18 Tarifstand: 01.01.2020	

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale	
	S30 Stationär: 30% Regelleistungen Tarifstand: 01.01.2020	33,15 € BVS stationäre Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte - Differenzkosten 1-Bettzimmer bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht - Rooming-In - Belegärzte (auch über GOÄ-Höchstsätze) - Privatkliniken (max. 200% der Kosten, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BpflV oder des KHEntgG entstanden wären) AVB: Teil I (MB/KK 2013) + Teil II (TB/KK) _KVu-400-2017-01, Teil III (BVS) _KVu-469-2019-07 nur abschließbar mit BV-Tarif (und SZB) Tarifstand: 01.07.2019		10,15 € KOMFORT-B-W 30 Stationäre Zusatzversicherung: 30% Wahlärztliche Behandlung 30% 2-Bettzimmer Tarifstand: 01.01.2018	10,92 €	

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		LKH		Concordia		AXA - DBV		Signal Iduna		Continentrale	
		Z50	23,06 €								
		Zahn: 10% Zahnbehandlung 20% Zahnersatz & Kieferorthopädie 68% Zahntechnische Leistungen sowie Material- und Laborkosten									
		Tarifstand: 01.01.2020									
Gesetzlicher Zuschlag:	20,51 €	Gesetzlicher Zuschlag:	17,61 €	Gesetzlicher Zuschlag:	16,52 €	Gesetzlicher Zuschlag:	12,75 €	Gesetzlicher Zuschlag:	13,13 €	Gesetzlicher Zuschlag:	14,89 €
PVB	18,14 €	PVB	18,14 €	PVB	18,63 €	PVB	17,51 €	PVB	18,27 €	PVB	18,47 €
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.	
Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020	
Gesamtbeitrag mtl.:	337,47 €		277,17 €		269,08 €		236,02 €		227,09 €		182,26 €
Arbeitnehmeranteil mtl.:	0,00 €		0,00 €		0,00 €		0,00 €		0,00 €		0,00 €
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	337,47 €		277,17 €		269,08 €		236,02 €		227,09 €		201,01 €

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

Analyse Krankenversicherung

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 VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag: Selbstbehalt p.a.:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 € 225,00 € ASZ F
SB Art *: Arbeitnehmeranteil: Effektivbeitrag **:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	201,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 2-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 2-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn						
Zahnbehandlung	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahnersatz	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Kieferorthopädie	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %

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	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
		VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Selbstbeteiligung							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	225,00 € ⚠ Hinweis: Da der Tarif eine leistungsdynamische statt einer pauschalen Selbstbeteiligung vorsieht, wurden beispielhaft 225 EUR Selbstbehalt pro Jahr zugrunde gelegt.
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		0,00 €	0,00 €	0,00 €	50,00 €	25,00 €	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		✔	✔	✔	✔	⚠ Hinweis: KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.	✔
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?		✔	✔	✔	✔		✔
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung		✔	✔	✔	✔	✔	✔

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continental
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		✓	✓	✓	✓		✓
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ... %		50 %	50 %	50 %	50 %	37 %	50 %
Gebührenordnung ambulant							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	✓ ⚠	⚠	⚠		
			Hinweis: ET: Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	Hinweis: Bei ambulanten Operationen ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden, wenn eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn dem Versicherer vorgelegt wird.	Hinweis: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die GOÄ-Höchstsätze begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continental
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓		⚠ Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	⚠ Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.		
Heilpraktiker							
Heilpraktiker		✓	✓ ⚠ Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen werden nicht erstattet.	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continental
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- xx % Erstattung		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
				<p>Hinweis: BVE: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel.</p> <p>AZN.: Behandlungen durch Heilpraktiker werden einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen und Röntgenleistungen zu 80% erstattet (evtl. Vorleistungen durch die Beihilfe werden angerechnet).</p>		<p>Hinweis: Heilpraktikerbehandlungen werden im Rahmen des Gebüh einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR je Kalenderjahr analog der versicherten Prozentstufe unter Anrechnung der Beihilfeleistungen erstattet.</p>	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continental
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt ⚠ Hinweis: AZN: Die Erstattung für alle versicherten Aufwendungen (Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte, osteopathische Leistungen) ist auf insgesamt 1.500 EUR je Versicherungsjahr begrenzt (Kinder und Jugendliche bis 750 EUR). Max. 500 EUR werden im 1. und max. 1.000 EUR im 2. Versicherungsjahr erstattet (Kinder und Jugendliche jeweils die Hälfte).	unbegrenzt	250,00 €	unbegrenzt
- mind. bis Höchstsatz GebüH		✓	✓	✓	✓	✓	
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)		✓		⚠ Hinweis: BVE: Es sind keine Leistungen über das GebüH hinaus vorgesehen. Auf die Anwendung der Einschränkungen in Bezug auf Behandlungsmethoden und Arzneimittel gemäß § 4 Abs. 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird jedoch verzichtet.	⚠ Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte		✓	✓	✓ ⚠	⚠		✓
				Hinweis: AZN: Die Erstattung für alle versicherten Aufwendungen (Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte, osteopathische Leistungen) ist auf insgesamt 1.500 EUR je Versicherungsjahr begrenzt (Kinder und Jugendliche bis 750 EUR). Max. 500 EUR werden im 1. und max. 1.000 EUR im 2. Versicherungsjahr erstattet (Kinder und Jugendliche jeweils die Hälfte).	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: Lt. Informationsblatt des Versicherers (nicht Bestandteil der Bedingungen) wurde der Leistungskatalog um einige wichtige Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen, ergänzt.		
- Schutzimpfungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Heilmittel							
Definition Heilmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung in %		50 %	50 %	50 %	50 %	37 % ⚠	50 %
						Hinweis: KOMFORT-B 30: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% des versicherten Prozentsatzes erstattet (= 22,5%). KOMFORT-B 20V: Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) beträgt die Erstattung 100% des versicherten Prozentsatzes.	
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	unbegrenzt	unbegrenzt ⚠
							Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt je Heilmittel an einem Behandlungstag 1 EUR je 5%-Erstattungsprozentsatz.
- keine pauschalen Beschränkungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verz., Beihilfesätze, angemessene Preise o. ä.		✓		✓		✓	✓
- Logopädie durch Logopäden		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel							
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		50 %	50 %	50 % ⚠	50 %	50 %	50 %
				Hinweis: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für Hilfsmittel.			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	unbegrenzt
							Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt je Hilfsmittel 2,50 EUR je 5 %-Erstattungsprozentsatz.
- 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							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Hör-/Sprechgeräte		✓ ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je zu versorgendem Ohr erstattungsfähig, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis insgesamt bis 1.300 EUR pro Ohr (innerhalb von drei Kalenderjahren) erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung - analog des versicherten Prozentsatzes.	✓	✓
- Orthopädische Schuhe		✓ ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 750 EUR p. a. erstattungsfähig.	✓	✓	✓	✓	✓
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Blindenlese-/Vorlesegerät		✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.450 EUR erstattungsfähig.	✓	✓
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Prothesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kunstaugen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Orthesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sehhilfen							
- Erstattung xx €		400,00 €	300,00 €	unbegrenzt	150,00 €	150,00 €	150,00 €
		Hinweis: VB130U, VB1ZU: 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 - analog des versicherten Prozentsatzes.	Hinweis: A22, A30: Aufwendungen für refraktive Hornhautchirurgie (z. B. Lasik) sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Hinweis: BV20, BV30: Grundtarif: Brillen und Kontaktlinsen werden bis 170 EUR analog des versicherten Prozentsatzes, darüber hinaus zu 50% des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Hinweis: BN3 2 50-U: Erstattet werden Sehhilfen nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifes VisB-U. VisB 50T-U: Brillen und Kontaktlinsen werden ab dem 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - erstattet. Erstattet werden 100% des versicherten Prozentsatzes für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR je Auge. Ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von 10 Jahren.	Hinweis: KOMFORT-B-E 50: Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr verdoppelt sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag. KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.	Hinweis: Beitragszuschlag von 3,70 EUR monatlich, sofern bei Vertragsabschluss eine Sehschwäche vorliegt (alternativ kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden).
- Anspruch mind. alle 24 Monate							
					Hinweis: Sehhilfen sind ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren, bis zum 15. Lebensjahr einmal je Kalenderjahr erstattungsfähig.		







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Psychotherapie							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt ⚠	unbegrenzt	50	50
				Hinweis: BV20, BV30: Ab der 51. Sitzung ist eine vorherige Zusage erforderlich, s. auch Leistungspunkt "mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage".			
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte			✓	✓ ⚠	⚠	✓	⚠
				Hinweis: BV20, BV30: Leistungen über die Höchstsätze werden nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.	Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Von der 31. bis zur 60. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% und für alle weitere Sitzungen von 30% an.		Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt für psychotherapeutische Leistungen je Sitzung 1 EUR je 5%-Erstattungsprozentsatz; sie ist jedoch insgesamt auf 30% der tariflichen Leistungen begrenzt.
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulant							
Ambulante Transporte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulante Transporte							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓	✓ ⚠	✓	✓	✓	✓
			Hinweis: A22, A30: Aufwendungen für Transporte oder Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Behandlungsort bei ambulanter Dialysebehandlung, nachoperativer Behandlung sind erstattungsfähig, soweit der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continental
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- bei Gehunfähigkeit		 Hinweis: VB130U, VB1ZU: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	 Hinweis: A22, A30: Nein. Ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig, es sei denn, sie stehen im Zusammenhang mit den zuvor genannten "Behandlungen" (Chemotherapie, ambulante OP, Unfall usw.).				 Hinweis: Erstattungsfähig sind - nach einem Unfall (oder Notfall) notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus, mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) sowie - ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad (PG) 3, 4 oder 5 ist (PG 3: es muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht; ist ggf. nachzuweisen).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- 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 analog des versicherten Prozentsatzes übernommen.		
- ambulante Notfalltransporte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Arznei-/Verbandmittel							
- ohne zusätzliche SB		✓ ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: 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: ET: Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige und nicht beihilfefähige Arzneimittel sind zu 50% erstattungsfähig, wenn für das betreffende Arzneimittel auf dem eingereichten Beleg (ärztliche Verordnung) die Pharmazentralnummer angegeben ist. In Kombination mit den entsprechenden Grundtarifen beträgt der Erstattungssatz 100%.	✓	⚠ Hinweis: Bei Kindern und Jugendlichen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ohne Selbstbeteiligung erstattet.	⚠ Hinweis: KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: 25% Selbstbeteiligung, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (außer bei Notfall- o. Unfallbehandlung) sowie bei nachweislich schwerer allergischer Reaktion auf das Generikum).	⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff 1 EUR je 5%- Erstattungsprozentsatz; sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/ parenteral hinaus)		✓	✓	✓	⚠ Hinweis: Vitaminmonopräparat e zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrank ungen 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.		
sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kurleistung ambulant							
Kurleistung ambulant			✓	✓			
- Verzicht auf Kurortklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulant							
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Beihilfeergänzungstari f: Erstattung nicht beihilfefähiger Aufwendungen

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continental
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Stationär							
1-Bettzimmer		✓		✓	✓		✓
2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mehrbettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		✓	✓	✓ ⚠	✓	✓	✓
				Hinweis: Belegärztliche Leistungen, die nach etwaiger Vorleistung der Beihilfe und des Tarifs BV verbleiben, sind erstattungsfähig.			
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
Gebührenordnung Stationär							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
		VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)		✓	⚠ Hinweis: ET: Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlungen durch Ärzte auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ ⚠ Hinweis: BVS: Belegärzte: Der Versicherer leistet auch für die Teile einer Liquidation, die die GOÄ-Höchstsätze überschreiten, sofern es sich um Maßnahmen einer stationären Heilbehandlung handelt und wenn ihm eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird. BV PLUS: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden, wenn eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn dem Versicherer vorgelegt wird.	✓ ⚠ Hinweis: VisB 50T-U: Die Erstattung ist auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt. BW2 50T-U: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Leistungen vom liquidationsberechtig- ten Chefarzt persönlich erbracht wurden. Der Versicherer erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten, die sich aus der Honorarvereinbarung ergeben.		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓		⚠ Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	⚠ Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.		
Privatkliniken							
Privatkliniken		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntgG/BPflV		✓		✓		✓	✓
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓		✓		✓	✓
Stationär							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ersatzkrankenhaustagegeld		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓		✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Krankenhausbehandlu ngen im Ausland müssen innerhalb von 10 Tagen angezeigt werden.
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓		✓ ⚠ Hinweis: BVS: Der Versicherer verzichtet in den Tarifen BV und BVS auf seine nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2013 vor Behandlungsbeginn notwendige Zusage.	✓	✓	✓
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓		✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Unter bestimmten Voraussetzungen werden auch bei Erwachsenen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson erstattet oder eine Haushaltshilfe bezuschusst (max. für 4 Wochen, 10 EUR pro Stunde/80 EUR am Tag).	✓
Kurleistung stationär			✓	✓			
sonstiges		✓		✓			✓ ⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt für Krankenhausleistunge n je Kalendertag 1 EUR je 5%- Erstattungsprozentsat z (für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahn							
Zahnbehandlung %		50 %	50 %	50 % ⚠	50 %	50 %	50 %
				Hinweis: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für besonders berechenbare zahntechnische Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten bei medizinisch notwendigen Zahnbehandlungen sowie zahnärztlichen prophylaktischen Leistungen einschl. der professionellen Zahnreinigung.			
Zahnersatz %		50 %	50 %	50 % ⚠	50 %	50 % ⚠	50 %
				Hinweis: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für besonders berechenbare zahntechnische Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten bei medizinisch notwendigem Zahnersatz.		Hinweis: KOMFORT-B- E 50, KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ab dem dritten Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10% p. a. - minimal auf 80%*, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und steigt um 10% p. a., max. auf 100%*, wenn eine nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftig keit bestand bzw. ein behandlungsbedürftig es Gebiss vollständig saniert wurde. *ausgehend von 100% der versicherten Tarifstufe	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continental
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Kieferorthopädie %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
				Hinweis: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für besonders berechenbare zahntechnische Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten bei medizinisch notwendiger Kieferorthopädie.			
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	20	unbegrenzt
Gebührenordnung Zahn							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)							
					Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt, es sei denn, der Versicherte hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.		

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓		⚠ Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	⚠ Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.		
Zahn							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o. ä.		✓	✓	✓			✓
Summenbegrenzung max. ... Jahre		0 ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: 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	3	3	4 ⚠ Hinweis: Summenbegrenzung analog Grundtarif.	9	0
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungsvergleich Zahn

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continental
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage			✓	✓		✓	
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen		✓	✓	✓		✓	⚠ Hinweis: Inlays sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung		✓		✓			
- sonstiges		✓		✓			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
		VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):			0	2019			
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):				0			
- Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):				0			
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			5		9
Kinder alleine versicherbar ab Alter		0	0	6	16	4	
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt	unbegrenzt ⚠	3	6 ⚠	12	6
			Hinweis: ET: Versicherungsschutz wird weltweit (ausgenommen in den USA) auch über 6 Wochen hinaus gewährt, wenn eine Leistung der Beihilfe für die betreffenden Aufwendungen erfolgt ist.		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.		
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	✓	✓	✓	✓	✓










Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- 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: VB130U, VB1ZU: 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					1	2	
- anlassbezogenes Optionsrecht					✓	✓	
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen					✓	✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
	Kundenwunsch	VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- keine Beschränkung der Zieltarife					  Hinweis: Diese Option gilt nicht für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtun g zustande gekommen ist oder sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt.		
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen					  Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicheru ng 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 Krankheitskostenvollv ersicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.		
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...					unbegrenzt	unbegrenzt	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	LKH	Concordia	AXA - DBV	Signal Iduna	Continentale
		VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))							
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)		✓	✓ ⚠ Hinweis: A22, SW22, SW30, A30: Zu diesem Tarif finden sich keine Regelungen/Leistungen in den dazugehörigen Bedingungen.	✓	✓	✓	✓
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?					⚠ Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	⚠ Hinweis: KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	⚠ Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.
- ambulante Anschlussreha		✓		✓	✓	✓	
- stationäre Anschlussreha		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen		✓ ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.		✓		✓	
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen		✓			✓		
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen		✓	✓				
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen		✓ ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.					
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen		✓	✓				✓
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓	✓	✓	✓	✓	✓







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:		337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung		✓					
- Beitragsrückerstattung garantiert							✓
- Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		2	1	2	1 ⚠ Hinweis: ab Alter 20: 500 EUR ab 1 leistungsfreien Jahr; bis Alter 19: 250 EUR jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR / Fitness: 50 EUR	2	3
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss		✓			✓	✓	✓
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung		✓			✓	✓	
- Verbesserte Kriegsklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2	2	2	2	2	2
sonstiges			✓ ⚠ Hinweis: Option Krankentagegeld: Entfällt für die versicherte Person die Versicherungsfähigkei t aufgrund des Wegfalls des Beihilfeanspruchs im Krankheitsfall oder deren Status als berücksichtigungsfähig e(r) Angehörige(r), besteht für die betreffende versicherte Person Zugang zu allen verkaufsoffenen Krankentagegeldtarife n (genaue Regelung siehe Bedingungen).		✓ ⚠ Hinweis: Raucherzuschlag: 17% des Tarifbeitrages. Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200 EUR übersteigen. Erreichen die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.	✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental KOMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Selbstbeteiligung						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	 VB130U, VB1ZU: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	 A22, A30: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	 BV20, BV30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	 Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	 KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	 Die Höhe der Selbstbeteiligung beträgt je 5%- Erstattungsprozentsatz für - ärztliche Leistungen je Behandlungstag bei einem Arzt 1 EUR. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z. B. Laboruntersuchungen). - psychotherapeutische Leistungen je Sitzung 1 EUR. Die Selbstbeteiligung der vereinbarten Tarifstufe ist jedoch insgesamt auf 30% der tariflichen Leistungen begrenzt. - häusliche Behandlungspflege durch geeignete Pflegerkräfte, Heilpraktikerleistungen bei einem Heilpraktiker oder Arzt, Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern je Behandlungstag 1 EUR. - spezialisierte ambulante Palliativversorgung maximal 1 EUR je Behandlungstag. - je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff 1 EUR (entfällt für Arzneimittel, die als Generika bezogen werden). - je Heilmittel an einem Behandlungstag 1 EUR. - je Hilfsmittel 2,50 EUR. - je Krankentransport/Krankenfahrt 1 EUR (ärztlich verordnete Hin- und Rückfahrt gelten als 1 Transport). - zahnärztliche Leistungen je Behandlungstag bei einem Zahnarzt 1 EUR. - Krankenhausleistungen je Kalendertag 1 EUR für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt. Hinweis: Da der Tarif eine leistungsdynamische statt einer pauschalen Selbstbeteiligung vorsieht, wurden beispielhaft 225 EUR Selbstbehalt pro Jahr zugrunde gelegt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ VB130U, VB1ZU: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ A22, A30: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ BV20, BV30: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 50 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 50% Erstattung = 500 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 40% Erstattung = 200 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 50% Erstattung = 400 EUR (bei Einschaltung VR) - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 50% Erstattung = 100 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente beträgt 50 EUR.	✔ KOMFORT-B 20V: Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 10 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 20% Erstattung = 200 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 20% Erstattung = 100 EUR (bei Bezug vorhandener Generika) - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 20% Erstattung = 160 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 15% Erstattung = 30 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt 990 EUR (0 EUR bei bestimmten schweren Erkrankungen). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 1.000 EUR begrenzt (20% von 5.000 EUR). KOMFORT-B 30: Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 15 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 30,0% Erstattung = 300 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 30,0% Erstattung = 150 EUR (bei Bezug vorhandener Generika) - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 30,0% Erstattung = 240 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 22,5% Erstattung = 45 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt 1.485 EUR (0 EUR bei bestimmten schweren Erkrankungen). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 1.500 EUR begrenzt (30% von 5.000 EUR).	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 225 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 50% Erstattung / 100 EUR SB = 400 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 50% Erstattung = 250 EUR* - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 50% Erstattung / 25 EUR SB = 375 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 50% Erstattung / 100 EUR SB = 0 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente*, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 2.275 EUR. Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 2.500 EUR begrenzt (50% von 5.000 EUR). * bei Bezug von Generika
- Selbstbehalt nur ambulant?	✔ VB130U, VB1ZU: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ A22, A30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BV20, BV30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).
- prozentualer Selbstbehalt?	✔ VB130U, VB1ZU: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ A22, A30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BV20, BV30: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Es besteht eine fallbezogene Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ VB130U, VB1ZU: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ A22, A30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ BV20, BV30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Für Kinder und Jugendliche wird bis zu dem Kalenderjahr, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, keine Selbstbeteiligung abgezogen.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ VB130U, VB1ZU: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ A22, A30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ BV20, BV30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Die leistungsdynamische Selbstbeteiligung umfasst auch Vorsorgeuntersuchungen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia		LKH			Concordia			AXA - DBV		Signal Iduna			Continentale																									
	VB130U	VB1ZU	VE50U	VENU	PVB	A22	A30	S22	S30	SW22	SW30	Z50	ET50	PVB	BV20	BV30	AZN..	BV PLUS	BVS	BVE	VisB	50T-U	BW2	50T-U	BWE-U	BN3/2	50-U	PVB	KOMFORT-B 30	KOMFORT-B 20V	KOMFORT-B-E 50	KOMFORT-B-W 20V	KOMFORT-B-W 30	PVB	COMFORT-B/50S	SP1Z-B	SP2-B/50S	EB-BU/50	PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €					277,17 €					269,08 €					236,02 €					227,09 €					182,26 €													
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %					100 %					100 %					100 %					100 %					100 %													
Haus-/Primärarztprinzip																																							
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ VB130U, VB1ZU: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.					✔ A22, A30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.					✔ BV20, BV30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.					✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.					⚠ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt muss durch einen - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist) - Facharzt für Kinderheilkunde - Facharzt für Gynäkologie - Facharzt für Augenheilkunde - Not- oder Bereitschaftsarzt erfolgen. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen. Hinweis: KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.					✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.													
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ VB130U, VB1ZU: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ A22, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein. Ist die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt nicht durch einen der zuvor genannten Ärzte (Hausarzt, Facharzt für Gynäkologie, Augen- oder Kinderheilkunde, Not- oder Bereitschaftsarzt) erfolgt, werden auch alle Folgebehandlungen mit dem reduzierten Satz erstattet.					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.													
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ VB130U, VB1ZU: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ A22, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Hausarzt erforderlich ist.					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.													
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ VB130U, VB1ZU: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ A22, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Hausarztprinzip wie in Deutschland.					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.													
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ VB130U, VB1ZU: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ A22, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, das Hausarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzten im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.													
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?	✔ VB130U, VB1ZU: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ A22, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.					✔ KOMFORT-B 20V: Ja, der Eigenanteil (25%ige Selbstbeteiligung) ist auf 200 EUR (unter 20-Jährige 100 EUR) im Kalenderjahr begrenzt. KOMFORT-B 30: Ja, der Eigenanteil (25%ige Selbstbeteiligung) ist auf 300 EUR (unter 20-Jährige 150 EUR) im Kalenderjahr begrenzt.					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.													
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	✔ VB1ZU: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). VB130U: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).					✔ A22: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).					✔ BV20: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).					✔ KOMFORT-B 30: Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75% des versicherten Prozentsatzes (= 22,50%). KOMFORT-B 20V: Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75% des versicherten Prozentsatzes (= 15%).					✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).													

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ VB130U, VB1ZU: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ A22, A30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ BV20, BV30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt (im Ausland gilt bei akuter Behandlung keine Begrenzung).	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ VB130U, VB1ZU: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ A22, A30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. ⚠ Hinweis: ET: Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	⚠ BV20, BV30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. ⚠ Hinweis: Bei ambulanten Operationen ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden, wenn eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn dem Versicherer vorgelegt wird.	⚠ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die GOÄ-Höchstsätze begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ VB130U, VB1ZU: 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.	A22, A30: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	⚠ BV20, BV30: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung/Entbindung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung/Entbindung ins Ausland gereist ist. ⚠ Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfallfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	⚠ außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). ⚠ Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	✔ VB130U, VB1ZU: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ ET50: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ A22, A30: Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen werden nicht erstattet.	✔ BVE, AZN., BV20, BV30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ BN3 2 50-U: Heilpraktikerleistungen werden im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifes VisB-U bis zum Höchstsatz des Gebüh erstattet (evtl. Beihilfeleistungen und die Leistungen aus dem Grundtarif werden in Abzug gebracht). VisB 50T-U: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	✔ VB130U, VB1ZU: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ ET50: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. A22, A30: Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	⚠ BV20, BV30: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: BVE: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel. AZN...: Behandlungen durch Heilpraktiker werden einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen und Röntgenleistungen zu 80% erstattet (evtl. Vorleistungen durch die Beihilfe werden angerechnet).	✔ Heilpraktikerleistungen - außer Psychotherapie - werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	⚠ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: Heilpraktikerbehandlungen werden im Rahmen des Gebüh einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR je Kalenderjahr analog der versicherten Prozentstufe unter Anrechnung der Beihilfeleistungen erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes (abzgl. Selbstbehalt je Behandlungstag von 1 EUR je 5%-Erstattungsprozentsatz) erstattet.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ VB130U, VB1ZU: Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.	✔ ET50: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. A22, A30: Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	⚠ BV20, BV30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. Hinweis: AZN: Die Erstattung für alle versicherten Aufwendungen (Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte, osteopathische Leistungen) ist auf insgesamt 1.500 EUR je Versicherungsjahr begrenzt (Kinder und Jugendliche bis 750 EUR). Max. 500 EUR werden im 1. und max. 1.000 EUR im 2. Versicherungsjahr erstattet (Kinder und Jugendliche jeweils die Hälfte).	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30: Heilpraktikerleistungen werden bis zu 150 EUR im Kalenderjahr erstattet. KOMFORT-B 20V: Heilpraktikerleistungen werden bis zu 100 EUR im Kalenderjahr erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.
- mind. bis zum Höchstsatz Gebüh. erstattungsfähig?	✔ VB130U, VB1ZU: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind auch über die Höchstsätze des Gebüh erstattungsfähig.	✔ ET50: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebüh erstattungsfähig. A22, A30: Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	✔ BVE, AZN., BV20, BV30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebüh erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebüh erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebüh erstattungsfähig.	Aufwendungen sind bis zu den Mindestsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (Gebüh) erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	<p>✓ VENU: Unter den Versicherungsschutz fallen die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung, stationären Heilbehandlung und Kurbehandlung sowie bei Zahnbehandlung, zahnprophylaktischen Leistungen, Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland- Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind und die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arzneimittel und Heilmittel. VB130U, VB1ZU: Nein, es sind keine Leistungen über das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker hinaus vorgesehen (separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren wird jedoch angeboten).</p> <p>Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/ Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.</p>	<p>A22, A30: Nein, es sind keine Leistungen über das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker hinaus vorgesehen.</p> <p>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.</p>	<p>⚠ AZN.: Leistungen über das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) hinaus sind nicht vorgesehen. Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach GebÜH - auf die Anwendung der Einschränkungen in Bezug auf Behandlungsmethoden und Arzneimittel gem. § 4. 6 MB/KK wird verzichtet. BV20, BV30: Grundtarif: 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 erfolgversprechend bewährt haben. Hinweis: BVE: Es sind keine Leistungen über das GebÜH hinaus vorgesehen. Auf die Anwendung der Einschränkungen in Bezug auf Behandlungsmethoden und Arzneimittel gemäß § 4 Abs. 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird jedoch verzichtet.</p>	<p>⚠ 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 erfolgversprechend bewährt haben. Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.</p>	<p>✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.</p>	<p>✓ Heilpraktikerleistungen umfassen auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem "Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren" (Bestandteil der Bedingungen) ergeben.</p>
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	<p>✓ VENU: Unter den Versicherungsschutz fallen die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung, stationären Heilbehandlung und Kurbehandlung sowie bei Zahnbehandlung, zahnprophylaktischen Leistungen, Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland- Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführt sind und die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arzneimittel und Heilmittel. VB130U, VB1ZU: Lt. schriftlicher Info der Barmenia (NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen) leistet der Versicherer ohne Berufung auf die Regelung nach § 4.6 MB/KK 09 aus dem Tarif VBU (sowie VEU und VELU) für folgende naturheilkundliche Verfahren: Akupressur und Akupunktur zur Schmerzbehandlung, Anthroposophie, Antihomotoxische Medizin, Aderlass, Blutegelbehandlung, Schröpfen, Biochemie nach Schüßler, Chiropraktik (Chirotherapie), Homöopathie, Hydrotherapie, Lasertherapie zur Schmerzbehandlung, Lymphdrainage, Neuraltherapie, Osteopathie, Physikalische Therapie, Ultraschalltherapie. Der Tarif VENU erweitert o. g. Verfahren um alle im Hufelandverzeichnis genannten Naturheilverfahren durch Ärzte oder Heilpraktiker.</p>	<p>✓ A22, A30: Erstattungsfähig sind medizinisch anerkannte und in der Praxis bewährte Naturheilverfahren, die von Ärzten durchgeführt werden.</p>	<p>⚠ AZN.: Erstattungsfähig sind 80% der Aufwendungen für nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallende, medizinisch notwendige naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für durchgeführte Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapieeinrichtungen einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen und Röntgenleistungen - bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (bei den BV-Tarifen wird eine evtl. Vorleistung durch die Beihilfe angerechnet). BV20, BV30: Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten. Hinweis: AZN: Die Erstattung für alle versicherten Aufwendungen (Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte, osteopathische Leistungen) ist auf insgesamt 1.500 EUR je Versicherungsjahr begrenzt (Kinder und Jugendliche bis 750 EUR). Max. 500 EUR werden im 1. und max. 1.000 EUR im 2. Versicherungsjahr erstattet (Kinder und Jugendliche jeweils die Hälfte).</p>	<p>⚠ 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.</p>	<p>KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie in dem GebÜH in der jeweils gültigen Fassung oder dem den Tarifbedingungen angehangenen "Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren" aufgeführt und nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind - bis zu den Mindestsätzen des im Verzeichnis genannten Gebührensätzen und Höchstleistungsbeträgen.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✓ VB130U, VB1ZU: Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".	✓ A22, A30: Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig. ET50: Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (nicht aber zahnärztliche Vorsorge), die über Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) hinausgehen, sind erstattungsfähig. Der Erstattungssatz beträgt in den Tarifen ET20 – ET50 jeweils 80%.	✓ BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für sämtliche auf die Früherkennung von Krankheiten gerichteten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen. BV20, BV30: Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.	⚠ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig. Hinweis: Lt. Informationsblatt des Versicherers (nicht Bestandteil der Bedingungen) wurde der Leistungskatalog um einige wichtige Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen, ergänzt.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.	✓ Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Altersbegrenzung und Untersuchungsintervalle erstattungsfähig.
- Schutzimpfungen?	✓ VB130U, VB1ZU: Als Versicherungsfall gelten ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen, wie z. B. solche gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). Ausgenommen sind berufsbedingte Schutzimpfungen und solche aus Anlass von privaten Auslandsreisen.	✓ ET50: Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Reiseschutzimpfungen einschließlich Malaria prophylaxe und die entsprechenden Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR je Kalenderjahr erstattungsfähig. Der Erstattungssatz beträgt in den Tarifen ET20 – ET50 jeweils 100%. A22, A30: Schutzimpfungen und Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) werden - mit Ausnahme von beruflich bedingten Impfungen und Reiseschutzimpfungen - erstattet.	✓ BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für folgende Impfungen einschließlich Impfberatung und Impfstoffe: - die von der STIKO (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfohlenen Schutzimpfungen - Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis, Gelbfieber, Typhus und FSME - Malaria-Prophylaxe - Reiseschutzimpfungen. BV20, BV30: Erstattet werden Impfungen (einschließlich der verwendeten Impfstoffe), die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden, mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen.	✓ 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.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus. KOMFORT-B-E 50: Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen incl. Impfstoff im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland werden analog der versicherten Prozentstufe unter Anrechnung der Beihilfeleistungen erstattet.	✓ Erstattungsfähig sind die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	✓ VB130U, VB1ZU: Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen.	✓ A22, A30: Als Heilmittel gelten ausschließlich Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder (nicht aber Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder), Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie.	✓ BV20, BV30: Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen gemäß Abschnitt E der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die durch Angehörige staatlich anerkannter Heil-/Hilfsberufe durchgeführt werden (z.B. Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie) sowie Ergotherapie und Podologie. Ausgenommen sind Sauna-, Thermal-, russisch-römische und ähnliche Bäder.	✓ Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie und Logopädie.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie (bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der GOÄ) und Podologie sowie folgende Heilmittel/Therapien: Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.	✓ Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Masseure).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung von Heilmitteln in %?	✔ VB130U, VB1ZU: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ A22, A30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BV20, BV30: Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ KOMFORT-B 30: Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) beträgt die Erstattung 100% des versicherten Prozentsatzes. KOMFORT-B 20V: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: KOMFORT-B 30: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% des versicherten Prozentsatzes erstattet (= 22,5%). KOMFORT-B 20V: Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) beträgt die Erstattung 100% des versicherten Prozentsatzes.	✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✔ VB130U, VB1ZU: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ A22, A30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ BV20, BV30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Der Eigenanteil für Heilmittel ist nicht in der Höhe begrenzt. Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) entfällt die Selbstbeteiligung.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt je Heilmittel an einem Behandlungstag 1 EUR je 5%-Erstattungsprozentsatz.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✔ VB130U, VB1ZU: Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ A22, A30: Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ BV20, BV30: Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis, eine Begrenzung auf Beihilfesätze, "ortsübliche" oder "angemessene" Preise o. ä.?	✔ VB130U, VB1ZU: 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.	A22, A30: Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu den beihilfefähigen Höchstbeträgen nach der Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüH) erstattungsfähig. 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.	✔ BV20, BV30: 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 (da angelehnt an Bundesbeihilfe).	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: 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.
- Logopädie	✔ VB130U, VB1ZU: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Logopädie einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ berücksichtigt - zu 75% des versicherten Prozentsatzes (bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) 100% des versicherten Prozentsatzes).	✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Ergotherapie	✔ VB130U, VB1ZU: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 20V: Ergotherapie einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ berücksichtigt - zu 75% des versicherten Prozentsatzes (bei bestimmten schweren Erkrankungen 100% (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) des versicherten Prozentsatzes). KOMFORT-B 30: Ergotherapie einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ berücksichtigt - zu 75% des versicherten Prozentsatzes (bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) 100% des versicherten Prozentsatzes).	✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	✔ VB130U, VB1ZU: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Mittel und Körpersersatzstücke, 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.	✔ A22, A30: 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.	✔ BV20, BV30: Als Hilfsmittel gelten technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Erstattet werden auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises).	✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körpersersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Hilfsmittel sind erstattungsfähig, sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.	✔ Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körpersersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✓ VB130U, VB1ZU: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ A22, A30: Medizinisch notwendige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn sie nicht mehr als 1.000 EUR kosten. Teurere Hilfsmittel sind ebenfalls analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig, wenn der Versicherer vorab eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Anderenfalls wird der Erstattungsbetrag um einen Eigenanteil von 20% gekürzt.	⚠ BV20, BV30: Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für Hilfsmittel.	✓ VisB 50T-U: Erstattungsfähig sind: - 100% des versicherten %-Satzes: orth. Schuhzurichtungen, orth. Schuheinlagen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund - 100% des versicherten Prozentsatzes bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerh. v. 2 Tagen (ansonsten 80% des versicherten %-Satzes): orthopädische Maßschuhe (abz. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Sprechhilfen, Körpersatzstücke, Orthesen, Gehstützen, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore, Insulin-, Infusions- + Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore, Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte - elektronische Lesegeräte bis 2.450 EUR, Hörgeräte bis insgesamt 1.300 EUR pro Ohr innerhalb von drei Kalenderjahren, Perücken bis 520 EUR, Bettmässertherapiegerät bis 120 EUR, Allergikerbettwäsche (= Encasings) bis 200 EUR p. a., Bewegungsschienen bis 600 EUR pro Versicherungsfall, Tens-/EMS-Geräte bis 150 EUR pro Gerät - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes - weitere Hilfsmittel (zur Begrenzung/Vermeidung schwerer gesundh. Schäden) in funktioneller Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet. BN3 2 50-U: Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif Hilfsmittel - einschließlich Sehhilfen und Hörgeräte - im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifes VisB-U.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✓ VB130U, VB1ZU: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ A22, A30: 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.	✓ BV20, BV30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Es fällt nur dann eine separate Selbstbeteiligung - von 20% - an bei Hilfsmitteln, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund).	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Keine separate Selbstbeteiligung. Ggf. fällt eine Zuzahlung an, sofern Hilfsmittel, die mehr als 1.000 EUR kosten, nicht vorab vom Versicherer zugesagt wurden (s. "keine Beschränkung der Bezugsart/Zusageerfordernis").	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt je Hilfsmittel 2,50 EUR je 5 %-Erstattungsprozentsatz.
- offener Hilfsmittelkatalog?	✓ VB130U, VB1ZU: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ A22, A30: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ BV20, BV30: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✓ VB130U, VB1ZU: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ A22, A30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ BV20, BV30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Besteht eine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung?	✔ VB130U, VB1ZU: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ A22, A30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden; sie werden in erforderlicher Ausführung erstattet.	✔ BV20, BV30: 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.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	Hilfsmittel sind in einfacher Ausführung erstattungsfähig.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ VB130U, VB1ZU: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	A22, A30: Hilfsmittel ab 1.000 EUR bedürfen der vorherigen schriftlichen Zusage des Versicherers und werden von ihm ggf. selbst oder über Dritte beschafft oder leihweise zur Verfügung gestellt.	BV20, BV30: Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag oberhalb von 2.000 EUR bedürfen der vorherigen Zusage durch den Versicherer. Benennt der Versicherer eine alternative Versorgung oder eine Beschaffung des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner und entscheidet sich der Versicherungsnehmer gegen diese Alternative oder wurde im Vorfeld keine Zusage eingeholt, so werden höchstens die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner angefallen wären.	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summenmäßig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund) 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 20% gekürzt.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Bei mehr als einmaligem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art im Kalenderjahr und/oder bei Hilfsmitteln mit einem Kaufpreis von mehr als 1.000 EUR ist eine vorherige Zusage erforderlich (auch bei deren Wartung und Reparatur). Wird bei den Hilfsmitteln, die mehr als 1.000 EUR kosten, keine Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.	Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000 EUR, ist vor Kauf ein Kostenvorschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvorschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer mitzuteilen. Wird kein Kostenvorschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80% erbracht.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ VB130U, VB1ZU: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ VB130U, VB1ZU: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ VB130U, VB1ZU: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ VB130U, VB1ZU: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung?	✔ VB130U, VB1ZU: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Krankenfahrstühle (in erforderlicher Ausführung) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind in einfacher Ausstattung ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je zu versorgendem Ohr erstattungsfähig, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.	✔ A22, A30: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis insgesamt bis 1.300 EUR pro Ohr (innerhalb von drei Kalenderjahren) erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung - analog des versicherten Prozentsatzes.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 750 EUR p. a. erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ VB130U, VB1ZU: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Die Anschaffungskosten eines Blindenhundes einschließlich erforderlicher Trainingsmaßnahmen sind erstattungsfähig.	✔ Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehubfähige versicherte Person sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ VB130U, VB1ZU: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.450 EUR erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Körperersatzstücke?	✔ VB130U: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Prothesen, Epithesen, Haarerersatz). VB1ZU: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Prothesen, Epithesen, Haarerersatz).	✔ A22, A30: Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Ja, Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ VB130U, VB1ZU: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✔ A22, A30: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ VB130U: Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 120 EUR erstattet. VB1ZU: Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 80 EUR erstattet. VE50U: Sehhilfen werden bis 200 EUR erstattet (+ LASIK o. ä. analog Grundtarif). Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist. Hinweis: VB130U, VB1ZU: 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 - analog des versicherten Prozentsatzes.	✔ ET50: Aufwendungen für nicht beihilfefähige Sehhilfen - dies sind ausschließlich Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen - werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR pro Kalenderjahr zu 50% erstattet. In Kombination mit den entsprechenden Grundtarifen beträgt der Erstattungssatz 100%. A22, A30: Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: A22, A30: Aufwendungen für refraktive Hornhautchirurgie (z. B. Lasik) sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	✔ BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen) einschließlich Reparaturen. Die Erstattung ist auf einen Höchstbetrag von 150 EUR je Versicherungsjahr begrenzt. Hinweis: BV20, BV30: Grundtarif: Brillen und Kontaktlinsen werden bis 170 EUR analog des versicherten Prozentsatzes, darüber hinaus zu 50% des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: BN3 2 50-U: Erstattet werden Sehhilfen nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifes VisB-U. VisB 50T-U: Brillen und Kontaktlinsen werden ab dem 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - erstattet. Erstattet werden 100% des versicherten Prozentsatzes für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR je Auge. Ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von 10 Jahren.	✔ KOMFORT-B-E 50: Sehhilfen werden bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR analog der versicherten Prozentstufe unter Anrechnung der Beihilfeleistungen erstattet. KOMFORT-B 30: Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 45 EUR erstattet. KOMFORT-B 20V: Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 30 EUR erstattet. Hinweis: KOMFORT-B-E 50: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien und mehr verdoppelt sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag. KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien und mehr verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.	✔ Sehhilfen (Brillengläser und Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden bis 150 EUR erstattet. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein (Verzicht auf Verordnung evtl. möglich; Voraussetzungen beim Versicherer erfragen). Hinweis: Beitragszuschlag eine Sehschwäche vorliegt (alternativ kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden).
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✔ VB130U, VB1ZU: Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.	✔ A22, A30: Sehhilfen sind einmal pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ BVE: Sehhilfen sind einmal pro Versicherungsjahr erstattungsfähig. BV20, BV30: Sehhilfen sind einmal pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Sehhilfen sind ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren, bis zum 15. Lebensjahr einmal je Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B-E 50, KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehkraft um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.	✔ Sehhilfen sind je Leistungsperiode, diese umfasst 2 aufeinander folgende Kalenderjahre, erstattungsfähig. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✔ VB130U, VB1ZU: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. BVE: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig (zu 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen). Hinweis: BV20, BV30: Ab der 51. Sitzung ist eine vorherige Zusage erforderlich, s. auch Leistungspunkt "mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage".	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✔ Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Psychotherapie im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte, auch z.B. durch Dipl. Psychologen)?	✔ VB130U, VB1ZU: Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: 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?	VB130U, VB1ZU: 20% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	✔ A22, A30: Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ BV20, BV30: Keine unüblichen Einschränkungen. ⚠ Hinweis: BV20, BV30: Leistungen über die Höchstsätze werden nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Von der 31. bis zur 60. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% und für alle weitere Sitzungen von 30% an.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt für psychotherapeutische Leistungen je Sitzung 1 EUR je 5%-Erstattungssatz; sie ist jedoch insgesamt auf 30% der tariflichen Leistungen begrenzt.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✔ VB130U, VB1ZU: Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ A22, A30: Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ BVE: Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. BV20, BV30: 50 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, weitere Sitzungen bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: 30 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.	✔ 30 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.
Ambulant						
- ambulante Krankentransporte?	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Unter Abzug der Beihilfeleistungen werden nach ambulanten Operationen die Transportkosten innerhalb Deutschlands an den Wohnort zu 100% erstattet.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	<p>✓ VB130U, VB1ZU: Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>⚠ A22: Aufwendungen für Transporte oder Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Behandlungsort bei Chemotherapien, Strahlentherapien, ambulanten Operationen, Unfällen sind erstattungsfähig, wenn der Transport bzw. die Fahrt wegen der Folgen dieser Behandlungen, der Operation oder des Unfalls medizinisch notwendig ist und von der versicherten Person nicht eigenständig durchgeführt werden kann.</p> <p>Transporte sind solche im Rettungswagen oder Krankentransportwagen mit Begleitung durch medizinisches Personal. Fahrten werden mit Taxis, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug durchgeführt. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs (Privatfahrten) ist ersatzweise jeder gefahrene Kilometer mit 0,08 EUR erstattungsfähig.</p> <p>A30: Aufwendungen für Transporte oder Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Behandlungsort bei Chemotherapien, Strahlentherapien, ambulanten Operationen, Unfällen sind erstattungsfähig, wenn der Transport bzw. die Fahrt wegen der Folgen dieser Behandlungen, der Operation oder des Unfalls medizinisch notwendig ist und von der versicherten Person nicht eigenständig durchgeführt werden kann.</p> <p>Transporte sind solche im Rettungswagen oder Krankentransportwagen mit Begleitung durch medizinisches Personal. Fahrten werden mit Taxis, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug durchgeführt. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs (Privatfahrten) ist ersatzweise jeder gefahrene Kilometer mit 0,12 EUR erstattungsfähig.</p> <p>Hinweis: A22, A30: Aufwendungen für Transporte oder Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Behandlungsort bei ambulanter Dialysebehandlung, nachoperativer Behandlung sind erstattungsfähig, soweit der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.</p>	<p>✓ BV20, BV30: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.</p> <p>BV PLUS: Die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz der versicherten Person zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie werden unter Abzug der Beihilfeleistungen zu 100% erstattet.</p>	<p>✓ Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse) werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten 80% des versicherten Prozentsatzes).</p>	<p>✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Transporte (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	<p>VB130U, VB1ZU: Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: VB130U, VB1ZU: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: A22, A30: Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig, es sei denn, sie stehen im Zusammenhang mit den zuvor genannten "Behandlungen" (Chemotherapie, ambulante OP, Unfall usw.).</p>	<p>✓ BV PLUS: Die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz der versicherten Person werden unter Abzug der Beihilfeleistungen bei einer ärztlich bescheinigten Gehunfähigkeit zu 100% erstattet. BV20, BV30: Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	<p>✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, bei Gehunfähigkeit sind die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt erstattungsfähig.</p>	<p>⚠ Ambulante Transportkosten sind nur bei unfallbedingter Gehunfähigkeit erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind - nach einem Unfall (oder Notfall) notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus, mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) sowie - ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad (PG) 3, 4 oder 5 ist (PG 3: es muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht; ist ggf. nachzuweisen).</p>
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	<p>VB130U, VB1ZU: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>A22, A30: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>BV20, BV30: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>⚠ 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 analog des versicherten Prozentsatzes übernommen.</p>	<p>KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig (nur bei Gehunfähigkeit).</p>	<p>s. vorherigen Leistungspunkt</p>
- Ambulante Notfalltransporte?	<p>✓ VB130U, VB1ZU: Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.</p>	<p>✓ A22, A30: Erstattungsfähig sind Fahrten oder Transporte bei Unfällen.</p>	<p>✓ BV20, BV30: Erstattungsfähig sind Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zum nächstgelegenen, geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall.</p>	<p>✓ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p>	<p>✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind nach einem Notfall (oder Unfall) notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus, mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge).</p>
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	<p>✓ VB130U, VB1ZU: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: VB130U, VB1ZU: 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).</p>	<p>✓ A22, A30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: ET: Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige und nicht beihilfefähige Arzneimittel sind zu 50% erstattungsfähig, wenn für das betreffende Arzneimittel auf dem eingereichten Beleg (ärztliche Verordnung) die Pharmazentralnummer angegeben ist. In Kombination mit den entsprechenden Grundtarifen beträgt der Erstattungssatz 100%.</p>	<p>✓ BV20, BV30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.</p>	<p>⚠ Arznei- und Verbandmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr zu 80%, danach zu 100% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. Hinweis: Bei Kindern und Jugendlichen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ohne Selbstbeteiligung erstattet.</p>	<p>⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: 25% Selbstbeteiligung, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (außer bei Notfall- o. Unfallbehandlung) sowie bei nachweislich schwerer allergischer Reaktion auf das Generikum).</p>	<p>⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff 1 EUR je 5%-Erstattungssatz; sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant


	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✔ VB130U, VB1ZU: 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.	✔ A22, A30: Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	✔ BV20, BV30: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung bei liegender Sonde (parenterale und enterale Ernährung) werden auch im tariflichen Umfang übernommen. Stoma-Versorgungsartikel sind ebenfalls erstattungsfähig.	⚠ Nähr- und Stärkungsmittel gelten nicht als Arzneimittel. 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.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein, medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig. Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondennahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	✔ VB130U, VB1ZU: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren.	✔ A22, A30: Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung von bis zu vier Wochen Dauer).	✔ A22, A30: Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (z. B. Injektionen, Verband- oder Kathetenwechsel) durch geeignete Pflegefachkräfte sind analog des versicherten Prozentsatzes in Höhe des Betrages erstattungsfähig, der für die Versorgung einer in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person aufzuwenden wäre.	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege werden übernommen, sofern erstattungsfähige Leistungen erbracht werden.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherte bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Krankenpflege. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern. Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherte dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.
- Palliativversorgung?	✔ VB130U, VB1ZU: 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 analog des versicherten Prozentsatzes 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.	✔ A22, A30: 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.	✔ BV20, BV30: Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen.	✔ Erstattungsfähig sind analog des versicherten Prozentsatzes ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante 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 Versicherte jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja. Im Rahmen der Sterbebegleitung werden die Kosten der ambulanten Palliativversorgung erstattet, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen und die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen nicht überschritten werden.	✔ Ja, ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist erstattungsfähig, sofern - sie durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen haben, - die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt und - eine Spezifikation der im Rahmen der SAPV erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentsplans dem Versicherte zur Prüfung vorgelegt werden. Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern werden angerechnet.

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	VB130U, VB1ZU: Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✔ A22, A30: Im Rahmen einer ambulanten Kurbehandlung sind die Aufwendungen für ärztliche Heilbehandlungen und Wegegeld, Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel erstattungsfähig. Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu den beihilfefähigen Höchstbeträgen nach der Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüHH) erstattungsfähig. Der Anspruch auf die Erstattung von ambulanten Kurbehandlungen entsteht erstmalig nach Ablauf von einer Versicherungsdauer von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, entsteht ein erneuter Anspruch auf Erstattung im dritten darauf folgenden Kalenderjahr.	✔ BV20, BV30: Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. BV PLUS: Bei ambulanter Kur- und Sanatoriumsbehandlung in anerkannten Kur- und Badeorten, die nicht ständiger Wohnsitz der versicherten Person sind, wird ein kostenunabhängiges Kurtagegeld von 75 EUR pro Tag gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung (oder die im Rahmen einer stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlung) besteht erstmalig 36 Monate nach Versicherungsbeginn. Die Leistung ist begrenzt auf eine Dauer von 28 Tagen. Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung mindestens 36 Monate zurückliegt. BVE: Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan mit Unterkunft in anerkannten Kur- und Badeorten wird ein Tagegeld von 15 EUR ohne Kostennachweis und ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen und/oder anderen Versicherungsleistungen – gezahlt.	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein. Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig; es wird hierfür ein separater Kurtarif angeboten.	
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✔ VB130U, VB1ZU: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ A22, A30: 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.	✔ BV20, BV30: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: 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.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ambulant						
Sonstiges	<p>✔ VE50U: Ergänzungstarif mit Leistungen für ambulante (und stationäre) Heilbehandlung (und Zahnbehandlung, Zahnersatz). Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist - zu 50%. VB130U, VB1ZU: Erstattet werden auch: - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Soziotherapie.</p> <p>Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ A22, A30: Erstattet werden auch - analog des versicherten Prozentsatzes: - medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung - Schwangerschaftsgymnastik, Geburtsvorbereitung, Geburtsnachsorge, Hebammenhilfe bei ambulanter Entbindung und Rückbildungsgymnastik - spezialisierte ambulante Palliativversorgung - ambulante Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit - außer Nikotin - (max. 3 Stück incl. ggf. stationärer Maßnahmen) nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers Die jeweiligen genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Kosten für: - Heilpädagogik - Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten</p>	<p>✔ BVE: Die Aufwendungen werden erstattet, sofern diese nicht durch Ansprüche gegenüber der Beihilfe und/oder des Tarifs BV abgedeckt sind, also auch dann, wenn die nach Tarif BV erstattungsfähigen Kosten nicht beihilfefähig sind. Sofern der Erstattungsprozentsatz des Tarifs BV sowie der Beihilfebemessungssatz zusammen weniger als 100% ergeben, wird die Vorleistung so berechnet, als würde eine Krankheitskostenvollversicherung mit dem erforderlichen Erstattungsprozentsatz bestehen. BV20, BV30: Erstattet werden auch: - Behandlungen in Hospizen - Behandlungen in sozialpädiatrischen Zentren - ambulante Palliativversorgung - 80% der versicherten Prozentstufe für amb. Entwöhnungs- bzw. Entzugsbehandlung - außer Nikotin - (max. 3 Stück incl. ggf. stat. Maßnahmen während der Vertragslaufzeit), sofern kein anderweitiger Anspruch besteht und der Versicherer die Maßnahme vorab zugesagt hat.</p> <p>Die jeweiligen genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen: - für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektion - für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten AZN.: Osteopathie: Aufwendungen für vom Arzt auf einem Privat Rezept verordnete Leistungen sind zu 80% erstattungsfähig, wenn sie medizinisch geeignet sind (um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern) und qualitätsgesichert von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Behandler durchgeführt werden, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt (evtl. Vorleistungen durch die Beihilfe werden angerechnet).</p> <p>Die Erstattung für alle versicherten Aufwendungen (osteopathische Leistungen, Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte) ist auf insgesamt 1.500 EUR je Versicherungsjahr begrenzt (Kinder und Jugendliche bis 750 EUR). Max. 500 EUR werden im 1. und max. 1.000 EUR im 2. Versicherungsjahr erstattet (Kinder und Jugendliche jeweils die Hälfte).</p>	<p>✔ Erstattet werden auch: - Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Soziotherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage</p> <p>Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Für ambulante Operationen oder stationsersetzende Eingriffe gemäß §115 b SGB V wird zusätzlich eine Pauschale von 200 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - erstattet.</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Beihilfeergänzungstarif: Erstattung nicht beihilfefähiger Aufwendungen</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	✔ VB130U, VB1ZU: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind in Höhe der Aufwendungen für den 2-Bettzimmerzuschlag abzüglich eines Kürzungsbetrages von 14,50 EUR täglich erstattungsfähig; dieser Kürzungsbetrag und der Unterschiedsbetrag zwischen 1- und 2-Bettzimmerzuschlag werden in voller Höhe erstattet.	S30, S22, SW22, SW30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ BVS: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe, des Tarifs BV und/ oder des Tarifs SZB verbleibenden Differenzkosten zwischen der Wahlleistung gesondert berechenbare Unterkunft im 1-Bettzimmer zur Wahlleistung gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer. BV20, BV30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ BW2 50T-U, VisB 50T-U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BWE-U: BWE-U: Erstattungsfähig sind die Differenzkosten zwischen dem 1- und 2-Bettzimmer.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V, KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ COMFORT-B 50S: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. SP1Z-B: Erstattungsfähig sind die Differenzkosten zwischen dem 1- und 2-Bettzimmer.
- 2-Bettzimmer?	✔ VB130U, VB1ZU: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ SW22, SW30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. S30, S22: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ BW2 50T-U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. VisB 50T-U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ SP2-B 50S: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. COMFORT-B 50S: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✔ VB130U, VB1ZU: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ S30, S22: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ BV20, BV30: Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ SW22, SW30: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. S30, S22: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig. Es werden nur die Kosten des Belegarztes in der allgemeinen Pflegeklasse erstattet.	⚠ BV20, BV30: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. Hinweis: Belegärztliche Leistungen, die nach etwaiger Vorleistung der Beihilfe und des Tarifs BV verbleiben, sind erstattungsfähig.	✔ BW2 50T-U: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. VisB 50T-U: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ COMFORT-B 50S: Nein. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen. SP2-B 50S: Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ VB130U, VB1ZU: Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ SW22, SW30: Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. S30, S22: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✔ VisB 50T-U: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. BW2 50T-U: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte sind im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ) erstattungsfähig. KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✔ SP2-B 50S: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. COMFORT-B 50S: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Regelhöchstsätzen erstattungsfähig (2,3-fach; 1,8-fach bei Leistungen nach den GOÄ-Abschnitten A, E oder O; 1,15-fach bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	VB130U, VB1ZU: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	SW22, SW30: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. S30, S22: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Hinweis: ET: Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlungen durch Ärzte auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	BV20, BV30: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. Hinweis: BVS: Belegärzte: Der Versicherer leistet auch für die Teile einer Liquidation, die die GOÄ-Höchstsätze überschreiten, sofern es sich um Maßnahmen einer stationären Heilbehandlung handelt und wenn ihm eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird. BV PLUS: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden, wenn eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn dem Versicherer vorgelegt wird.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: VisB 50T-U: Die Erstattung ist auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt. BW2 50T-U: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Leistungen vom Liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbracht wurden. Der Versicherer erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten, die sich aus der Honorarvereinbarung ergeben.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf den allgemeinen belegärztlichen Rahmen begrenzt. KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	COMFORT-B 50S: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Regelhöchstsätze der GOÄ begrenzt. SP2-B 50S: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	VB130U, VB1ZU: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	S30, S22, SW22, SW30: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	BV20, BV30: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung/Entbindung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung/Entbindung ins Ausland gereist ist. Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsbürger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V, KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Privatkliniken	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	✓ VB130U, VB1ZU: 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.	S30, S22: Für stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht den gesetzlichen Entgeltregelungen für Krankenhäuser (insbesondere Krankenhausentgeltgesetz, Bundespflegesatzverordnung) unterliegen, wird die Obergrenze für die erstattungsfähigen Aufwendungen durch die Entgelte bestimmt, die bei Behandlung in dem zum behandelnden Krankenhaus nächstgelegenen geeigneten und den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden Krankenhaus für Versorgung, Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Pflegeklasse angefallen wären.	✓ BVS: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe und des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für Leistungen von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) unterliegen. Als Allgemeine Krankenhausleistungen gelten dann die Allgemeine Pflegeklasse einschl. (belegärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründete, nachgewiesene Nebenkosten. Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen ist begrenzt auf 200% der Kosten, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BpflV oder des KHEntG entstanden wären. BV20, BV30: Erstattungsfähig sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.	Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BpflV 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. (III. Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) wird zugrunde gelegt) Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja. Berücksichtigungsfähig zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.	✓ Ja. Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der BpflV bzw. des KHEntG von Krankenhäusern, die nicht der BpflV bzw. dem KHEntG unterliegen.
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	✓ VB130U, VB1ZU: Ja, Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	SW22, SW30: 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. S30, S22: Es sind keine Wahlleistungen versichert.	✓ BV20, BV30: Erstattungsfähig sind gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer und privatärztliche Behandlung (2. Pflegeklasse). BVS: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe, des Tarifs BV und/ oder des Tarifs SZB verbleibenden Aufwendungen für Leistungen von Krankenhäusern, die nicht der BpflV oder dem KHEntG unterliegen. Es sollen dann in den Tarifen BV und SZB als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer sowie die privatärztliche einschl. belegärztliche Behandlung gelten. Im Tarif BVS gilt als Wahlleistung die gesondert berechenbare Unterkunft im 1-Bettzimmer. Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen ist begrenzt auf 200% der Kosten, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BpflV oder des KHEntG entstanden wären.	VisB 50T-U: Es sind keine Wahlleistungen versichert. BW2 50T-U: Erstattungsfähig sind Unterbringung im 2-Bettzimmer + privatärztliche Behandlung; Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BpflV 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. (II. Pflegeklasse (= Differenz allgemeine Krankenhausleistungen - Zusatzkosten 2-Bettzimmer) wird zugrunde gelegt). Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Es sind keine Wahlleistungen versichert. KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Berücksichtigungsfähig zu 100% sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes für die gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 3-Bettzimmer + gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen.	✓ COMFORT-B 50S: Es sind keine Wahlleistungen versichert. SP2-B 50S: Ja. Erstattet werden auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im 2-Bettzimmer in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt + privatärztliche Leistungen. SP1Z-B: Ja. Erstattet werden auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft (Differenz 1-/2-Bettzimmer) in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt + privatärztliche Leistungen.
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✓ VB130U, VB1ZU: Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✓ S30, S22: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✓ BV20, BV30: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).	✓ Erstattet werden medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit des Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.	✓ Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✔ VB130U, VB1ZU: Bei Verzicht auf gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden 25 EUR täglich - analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt.	✔ SW22, SW30: Bei Unterkunft im Mehrbettzimmer werden 20 EUR, bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 30 EUR pro Tag - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt. S30, S22: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	✔ BV20: Bei Verzicht auf gesonderte Unterbringung im 2-Bettzimmer oder privatärztliche Behandlung werden 6 EUR pro Tag gezahlt. BV30: Bei Verzicht auf gesonderte Unterbringung im 2-Bettzimmer oder privatärztliche Behandlung werden 9 EUR pro Tag gezahlt. BVS: Wird die gesondert berechenbare Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt.	✔ BW2 50T-U: Bei Unterkunft im Mehrbettzimmer werden 24 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 20 EUR pro Tag - analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt. VisB 50T-U: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. BWE-U: Bei Wahl eines Zweibettzimmers oder Mehrbettzimmers wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt.	✔ KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Bei Verzicht auf die gesondert berechenbare Unterbringung im 2-Bettzimmer werden 20 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 30 EUR pro Tag - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt. KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	✔ COMFORT-B 50S: Nein, es sind keine Wahlleistungen im Tarif Comfort versichert. SP2-B 50S: Bei Verzicht auf Kostenerstattung für das 2-Bettzimmer werden 20 EUR gezahlt, bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung 50 EUR - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ VB130U, VB1ZU: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	S30, S22: Kein Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	✔ BV20, BV30: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt (sofern BVS nicht versichert).	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes in Deutschland. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt. ⚠ Hinweis: Krankenhausbehandlungen im Ausland müssen innerhalb von 10 Tagen angezeigt werden.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusaegefordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✔ VB1ZU: 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 VB130U: 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.	S30, S22: 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.	✔ BV20, BV30: Ja, es ist keine Zusage erforderlich: - bei Notfallanweisung - bei medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes/gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notw. stationäre Heilbehandlung erforderte Hinweis: BVS: Der Versicherer verzichtet in den Tarifen BV und BVS auf seine nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2013 vor Behandlungsbeginn notwendige Zusage.	✔ Ja. Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftlich Leistungsversprechen berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelte oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungsversprechen für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Eine schriftliche Leistungsversprechen ist nicht erforderlich, wenn: - es sich um eine Notfallanweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und/oder ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.	✔ SP2-B 50S, COMFORT-B 50S, SP1Z-B: Ja. Eine schriftliche Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ VB130U, VB1ZU: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ S30, S22: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ BVE: Psychotherapie ist ohne Höchstleistungsdauer und ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig (zu 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen). Es werden die nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) berechneten allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich gesondert berechenbare Leistungen des Belegarztes sowie zusätzlich als Wahlleistungen gemäß § 17 KHEntG und § 22 BPIV die gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung erstattet. Soweit Krankenhäuser nicht nach der BPIV abrechnen, entspricht die 2. Pflegeklasse dem 2-Bettzimmer und die 3. Pflegeklasse dem 3- und Mehrbettzimmer. BV20, BV30: Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 20 Tage pro Kalenderjahr, darüber hinaus nur nach vorheriger Zusage. BVS: Bei einer Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer für - die Differenzkosten 1-Bettzimmer - Rooming-In - das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Unterbringung im 1-Bettzimmer - belegärztliche Leistungen - Aufenthalte in Privatkliniken 20 Tage p. a.; darüber hinausgehende Leistungen nur nach vorheriger Zusage des Versicherers.	✔ BW2 50T-U: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. BWE-U, VisB 50T-U: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbegleitung)?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ S30, S22: 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.	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ SP2-B 50S, SP1Z-B: Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig. KOMFORT-B 50S: Erstattungsfähig sind nach schriftliche Zusage die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	VB130U: Kosten für eine Begleitperson sind nicht erstattungsfähig. VB1ZU: Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 20% erstattet.	S30, S22: "Rooming in" ist nicht versichert.	BV20, BV30: "Rooming in" ist nicht versichert. BVS: Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wird zum Ausgleich der Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson für versicherte Kinder (bis zum 14. Lebensjahr) ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt. Die Unterbringung der Begleitperson ist durch Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.	BW2 50T-U: 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 Bundespflegesatzverordnung 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. VisB 50T-U: Kosten für eine Begleitperson sind nicht erstattungsfähig.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Bei Krankenhausaufenthalt eines höchstens 9 Jahre alten und nach diesem Tarif versicherten Kindes sind die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 25 EUR täglich, vorausgesetzt, ein Elternteil ist ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL versichert. Hinweis: KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Unter bestimmten Voraussetzungen werden auch bei Erwachsenen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson erstattet oder eine Haushaltshilfe bezuschusst (max. für 4 Wochen, 10 EUR pro Stunde/80 EUR am Tag).	SP2-B 50S, SP1Z-B: "Rooming in" ist nicht versichert. KOMFORT-B 50S: Die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten ist im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.
- Kuren stationär?	VB130U, VB1ZU: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	S22: Bei stationären Kuren und Sanatoriumsbehandlungen werden die Aufwendungen bis 10 EUR täglich erstattet. 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. S30: Bei stationären Kuren und Sanatoriumsbehandlungen werden die Aufwendungen bis 15 EUR täglich erstattet. 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.	BV PLUS: Bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenanstalten, Sanatorien, Heilstätten wird ein kostenunabhängiges Kurtagegeld von 150 EUR pro Tag gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung (oder die im Rahmen einer ambulanten Kur- und Sanatoriumsbehandlung) besteht erstmalig 36 Monate nach Versicherungsbeginn. Die Leistung ist begrenzt auf eine Dauer von 28 Tagen. Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung mindestens 36 Monate zurückliegt. Diese Wartezeit entfällt bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, wenn sie unverzüglich nach einer mindestens 14-tägigen (diese Mindestdauer entfällt im Falle einer medizinisch notwendigen Operation) medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung angetreten werden. Die Maßnahme muss durch die Krankheit begründet sein, die zur stationären Behandlung geführt hat. Eine vorherige Leistungszusage nach § 4 abs. 5 MB/KK 2013 (gemischte Anstalten) ist nicht erforderlich. BV20, BV30: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. BVE: Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Kur- und Sanatoriumsbehandlung wird ein Tagegeld von 30 EUR – ohne Kostennachweis und ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen und/oder anderen Versicherungsleistungen – gezahlt.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sonstiges	<p>✔ Ergänzungstarif mit Leistungen für stationäre (und ambulante) Heilbehandlung (und Zahnbehandlung, Zahnersatz). Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist - zu 50%.</p>		<p>✔ BVE: Die Aufwendungen werden erstattet, sofern diese nicht durch Ansprüche gegenüber der Beihilfe und/ oder des Tarifs BV abgedeckt sind, also auch dann, wenn die nach Tarif BV erstattungsfähigen Kosten nicht beihilfefähig sind. Sofern der Erstattungsprozentsatz des Tarifs BV sowie der Beihilfebemessungssatz zusammen weniger als 100% ergeben, wird die Vorleistung so berechnet, als würde eine Krankheitskostenvollversicherung mit dem erforderlichen Erstattungsprozentsatz bestehen. BVS: Für Personen, deren beihilfefähigen Aufwendungen auf eine Behandlung im 3- oder Mehrbettzimmer begrenzt ist, gilt als eine Abschlussvoraussetzung das Bestehen des Tarifs SZB bei der Concordia. Die Leistungen des Tarifs BVS dürfen zusammen mit den Leistungen der Beihilfe, des Tarifs BV sowie des Tarifs SZB die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen. Die Aufwendungen werden nur insoweit erstattet, als sie nicht durch Ansprüche gegenüber der Beihilfe und/ oder des Tarifs BV bzw. des Tarifs SZB abgedeckt sind. Die Versicherungsleistungen werden erst dann ausgezahlt, wenn die Vorleistung der Beihilfe anhand des Beihilfebescheids nachgewiesen wird. BV PLUS: Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung wird zum Ausgleich der Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson für versicherte Kinder (bis zum 14. Lebensjahr) ein kostenunabhängiges Krankenhaustagegeld von täglich 25,- € gezahlt.</p>		Keine Leistung vorhanden.	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt für Krankenhausleistungen je Kalendertag 1 EUR je 5%-Erstattungsprozentsatz (für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt).</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn






















	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	✔ VB130U, VB1ZU: Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Z50: Zahnbehandlung ist zu 10% erstattungsfähig. A30: Zahnbehandlung (incl. professionelle Zahnreinigung zweimal je Kalenderjahr) ist nach Tarif A30 zu 20% erstattungsfähig. A22: Zahnbehandlung (incl. professionelle Zahnreinigung zweimal je Kalenderjahr) ist nach Tarif A22 zu 20% erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. ⚠ Hinweis: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für besonders berechenbare zahntechnische Material- und Laborkosten bei medizinisch notwendigen Zahnbehandlungen sowie zahnärztlichen prophylaktische Leistungen einschl. der professionellen Zahnreinigung.	✔ BN3 2 50-U: Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-U. VisB 50T-U: Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet (professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ zweimal je Kalenderjahr).	✔ Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
Zahnersatz (%)?	✔ VB130U, VB1ZU: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Z50: Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig (zahntechnische Leistungen sowie Material- und Laborkosten zu 80%). A22, A30: Die Kosten für Zahnersatz sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. ⚠ Aufwendungen für Verblendungen (auch Keramikverblendungen) sind bis einschließlich Zahn 8 erstattungsfähig. Hinweis: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für besonders berechenbare zahntechnische Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten bei medizinisch notwendigem Zahnersatz.	✔ VisB 50T-U: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. BN3 2 50-U: Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-U - einschließlich der Regelungen der Zahnstaffel.	✔ KOMFORT-B-E 50: Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Labor- und Materialkosten werden in den ersten beiden Kalenderjahren bis zur mittleren Preislage bei der Versorgung mit Zahnersatz, Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) analog der versicherten Prozentstufe unter Anrechnung der Beihilfeleistungen erstattet. KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Zahnersatz wird in den ersten beiden Kalenderjahren analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: KOMFORT-B-E 50, KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ab dem dritten Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10% p. a. - minimal auf 80%*, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und steigt um 10% p. a., max. auf 100%*, wenn eine nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. *ausgehend von 100% der versicherten Tarifstufe	✔ Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- Kieferorthopädie (%)?	✔ VB130U, VB1ZU: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Z50: Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig. A22, A30: Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. ⚠ Hinweis: BVE: Erstattungsfähig sind 100% der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe sowie des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für besonders berechenbare zahntechnische Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten bei medizinisch notwendiger Kieferorthopädie.	✔ VisB 50T-U: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. BN3 2 50-U: Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-U - einschließlich der Regelungen der Zahnstaffel.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Kieferorthopädie ist zu 80% der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig, plus 20% der versicherten Tarifstufe nach erfolgreichem Abschluss.	✔ Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ VB130U, VB1ZU: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Z50: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. A22, A30: Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ VB130U, VB1ZU: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ A22, Z50, A30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ BV20, BV30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ VB130U, VB1ZU: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	A22, Z50, A30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	BV20, BV30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	A22, Z50, A30: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	⚠ BV20, BV30: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	⚠ außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	✔ VB130U, VB1ZU: 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.	✔ A22, Z50, A30: 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.	✔ BV20, BV30: 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.	BN3 2 50-U, VisB 50T-U: Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden (Material- und Laborkosten sind bis zur mittleren Preislage erstattungsfähig).	✔ 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.

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	 VB130U, VB1ZU: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren, sofern keine Zähne fehlen.  Hinweis: VB130U, VB1ZU: Zahnstafel: - 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	 A22, A30: Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren. Z50: Innerhalb der ersten drei Kalenderjahre seit Abschluss des Tarifs werden Aufwendungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie, zahntechnische Leistungen sowie Material- und Laborkosten bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000 EUR berücksichtigt. Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sowie Material- und Laborkosten werden ab dem vierten Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 10.000 EUR je Kalenderjahr berücksichtigt.	 BV20, BV30: Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung werden: - im 1. Versicherungsjahr bis 1.500 EUR - im 2. Versicherungsjahr bis 3.000 EUR - im 3. Versicherungsjahr bis 4.500 EUR analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. BVE: Die Erstattung ist begrenzt auf: - 500 EUR im 1. Versicherungsjahr - 750 EUR im 2. Versicherungsjahr - 1.000 EUR im 3. Versicherungsjahr	 Die Aufwendungen für Zahnersatz, Funktionsanalytik und Kieferorthopädie sind auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt: - 1.000 EUR in den ersten 24 Monaten - 2.000 EUR in den ersten 48 Monaten Hinweis: Summenbegrenzung analog Grundtarif.	 KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt: - 750 EUR im ersten Versicherungsjahr - 1.500 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren - 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren - 4.500 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren - 5.000 EUR ab dem fünften Versicherungsjahr pro Versicherungsjahr Ab dem zehnten Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung. KOMFORT-B-E 50: Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für zahntechnische Leistungen ist wie folgt begrenzt: - 750 EUR im ersten Versicherungsjahr - 1.500 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren - 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren - 4.500 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren - 5.000 EUR ab dem fünften Versicherungsjahr pro Versicherungsjahr Ab dem zehnten Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.	 Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	 VB130U, VB1ZU: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	 A22, A30: Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren. Z50: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	 BV20, BV30: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall. BVE: Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.	 Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	 KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Die Summenbegrenzung entfällt bei einem nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall. KOMFORT-B-E 50: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	 Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	VB130U, VB1ZU: 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 zur Hälfte des versicherten Prozentsatzes erstattet.	 A22, Z50, A30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.	 BV20, BV30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.	Bei Zahnersatzmaßnahmen (prothetische Leistungen einschl. der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen) und Funktionsanalytik > 1.000 EUR sowie bei Implantaten muss vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt und vom Versicherer schriftlich genehmigt werden, ansonsten wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.	 KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird seitens des Versicherers jedoch bei einem voraussichtliche Rechnungsbetrag von mehr als 1.500 EUR empfohlen.	Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen zur Hälfte erbracht.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	 VB130U, VB1ZU: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	 A22, A30: Inlays und Implantate sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Z50: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	 BV20, BV30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind während der gesamten Verweildauer in diesem Tarif zwei Implantate pro Kiefer, wenn sie wie folgt verwendet werden: - zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind - zur Versorgung einer Freilandücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen - zur Fixierung einer Totalprothese Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind max. 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig.	 KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	 Es sind max. 6 orale Implantate je Kiefer erstattungsfähig. Hinweis: Inlays sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2-B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	✔ VB130U, VB1ZU: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	A22, A30: Inlays zählen zu Zahnersatz und sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Z50: Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	✔ BV20, BV30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.
Sonstiges	✔ Ergänzungstarif mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz (und ambulante, stationäre Heilbehandlung). Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist - zu 50% abzüglich einer Selbstbeteiligung von 20%.		✔ Die Aufwendungen werden erstattet, sofern diese nicht durch Ansprüche gegenüber der Beihilfe und/ oder des Tarifs BV abgedeckt sind, also auch dann, wenn die nach Tarif BV erstattungsfähigen Kosten nicht beihilfefähig sind. Sofern der Erstattungsprozentsatz des Tarifs BV sowie der Beihilfebemessungssatz zusammen weniger als 100% ergeben, wird die Vorleistung so berechnet, als würde eine Krankheitskostenvollversicherung mit dem erforderlichen Erstattungsprozentsatz bestehen.		Keine Leistung vorhanden.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):		✔ Markteinführung: 04.2013	✔ BVS: Markteinführung: 07.2019 AZN.: Markteinführung: 07.2013			
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):			✔ Tarif ist aktuell.			
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):			✔ Kein Vorgängertarif.			
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	✔ A22, A30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (5 Jahre bei ambulanten Operationen).	✔ BV20, BV30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (bei Behandlungen/ Untersuchungen usw. aufgrund psychischer/ psychosomatischer Erkrankungen 5 Jahre).	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	VB130U, VB1ZU: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	A22, A30: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	BV20, BV30: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre rückwirkend.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ S30, S22: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ BV20, BV30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	VB130U, VB1ZU: Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"		BV20, BV30: Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen derzeit oder bestanden innerhalb der letzten 3 Jahre Krankheiten, Beschwerden, (...) – auch wenn Sie diesbezüglich nicht behandelt wurden?"		KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Nein. Im Antrag wird gefragt: " Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten (...)."	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind (...)?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✔ VB130U, VB1ZU: 1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung 2 und 3 fehlende Zähne: Zahnstafel (s. Punkt "Summenbegrenzung max.Jahre") ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung (im Regelfall)	A22, A30: Es liegen leider keine Informationen vor.		✔ BN3 2 50-U, VisB 50T-U: bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: Leistungsausschluss	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Es liegen derzeit keine aktuellen Informationen des Anbieters vor.	✔ - bis 2 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre und/ oder 1 fehlender Zahn; ohne Erschwernis - 3-8 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder 2-4 fehlende Zähne: Angebot Leistungsstafel - 9 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder 5-9 fehlende Zähne: zahnärztliches Zeugnis erforderlich (Leistungsausschluss für alle betroffenen Zähne) - ab 10 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder ab 10 fehlenden Zähnen: Ablehnung (auf Kundenwunsch Leistungsausschluss des kompletten Leistungsbereichs Zahnersatz, KFO, Gebissfunktionsprüfung und orale Implantate; Überprüfung möglich bei Änderung des Risikoverhältnisses).
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ VB130U, VB1ZU: Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ A22, A30: Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ BV20, BV30: Kinder sind erst ab dem 6. Lebensjahr alleine versicherbar.	✔ Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Kinder sind ab Alter 4 alleine versicherbar.	Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	<p>✓ VB130U, VB1ZU: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz.</p>	<p>⚠ A22, A30: Weltweiter Versicherungsschutz besteht ohne besondere Vereinbarung für 6 Wochen bzw. für die Dauer nachgewiesener Transportfähigkeit. Hinweis: ET: Versicherungsschutz wird weltweit (ausgenommen in den USA) auch über 6 Wochen hinaus gewährt, wenn eine Leistung der Beihilfe für die betreffenden Aufwendungen erfolgt ist.</p>	<p>✓ BV20, BV30: Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 3 Monate. BV PLUS: Anstelle der Leistungen aus dem Tarif BV kann der Versicherte bei Reisen bis zu 6 Wochen die Erstattung der im Ausland entstandenen Behandlungskosten (ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, stationäre Behandlung, med. notwendiger Transport in das nächstgelegene Krankenhaus oder zum nächstreichbaren Notfallarzt, schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausfertigung) nach diesem Tarif wählen. Für Auslandsreisen, die zum Zwecke der Heilbehandlung unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.</p> <p>Ist die Rückreise zum Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis eine Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person möglich ist.</p>	<p>⚠ Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif verbleibende Aufwendungen für Heilbehandlungen im Ausland im Rahmen der Tarifgruppe B-U. Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarung). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.</p>	<p>✓ KOMFORT-B-E 50: Auslandsreisekrankenversicherung bis zu einer Dauer von 8 Wochen je Reise. KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.</p>	<p>✓ Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht für 6 Monate Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 6 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.</p>
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	<p>✓ VB130U, VB1ZU: 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 Linienvkehr für eine Person. Überführungskosten und Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden analog sonstiger Krankentransporte erstattet.</p>	<p>✓ ET50: Erstattungsfähig sind Aufwendungen – abzüglich eines Eigenanteils von 500 EUR – für einen medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland. Der Erstattungssatz beträgt in den Tarifen ET20 – ET50 jeweils 100%. S30: S30: Der Rücktransport aus dem Ausland ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. A22: A22: Der Rücktransport aus dem Ausland ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. A30: A30: Der Rücktransport aus dem Ausland ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. S22: S22: Der Rücktransport aus dem Ausland ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Krankentransportes (und für eine mitversicherte Begleitperson, sofern sie medizinisch notwendig oder ärztlich verordnet bzw. angeordnet war) sind erstattungsfähig. Überführungskosten oder Bestattungskosten im Ausland werden bis 10.000 EUR erstattet.</p>	<p>✓ VisB 50T-U: 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. BN3 2 50-U: 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 an den ständigen Wohnsitz werden bis 10.000 EUR ersetzt; Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären, höchstens jedoch bis zu 5.000 EUR.</p>	<p>✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Der medizinisch notwendige Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. KOMFORT-B-E 50: Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächstreichbare geeignete Krankenhaus sind erstattungsfähig. Bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Überführungskosten oder die Kosten für die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Die Leistungen werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100% erbracht.</p>	<p>✓ Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen. Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Kosten erstattet.</p>
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>✓ VB130U, VB1ZU: Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.</p>	<p>A22, A30: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>	<p>✓ BV20, BV30: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland. Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes) entfällt die Begrenzung gegen Zahlung eines Beitragszuschlags. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.</p>	<p>✓ Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.</p>	<p>✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb EU/EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).</p>	<p>Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ VB130U, VB1ZU: Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	A22, A30: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	✔ BV20, BV30: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland. Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes) entfällt die Begrenzung gegen Zahlung eines Beitragszuschlags. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.	✔ 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.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb EU/EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	✔ VB130U, VB1ZU: Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird. Hinweis: VB130U, VB1ZU: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).	A22, A30: 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.	BV20, BV30: Bei längerem Aufenthalt (> drei Monate) kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden, sofern der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes gestellt wird. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.	✔ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen 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. Der Versicherte kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Der Versicherer verpflichtet sich, eine Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb EU/EWR beantragt wird. Diese anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Bei nur vorübergehender Verlegung besteht das Recht auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung.	Nein, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
Optionsrecht auf Höherversicherung						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	VB130U, VB1ZU: Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	A22, A30: Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	BV20, BV30: Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?				✔ Neben der Möglichkeit, zu bestimmten Anlässen (z.B. erste Verbeamtung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Neben der Möglichkeit zu bestimmten Anlässen das Optionsrecht wahrzunehmen, kann die Option nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif KOMFORT-B, ausgeübt werden.	
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?				✔ Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit - Einmalig bei Eheschließung (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 - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes (1x pro Kind) - Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, es besteht ein anlassbezogenes Optionsrecht. Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit. Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst und vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?				✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?				✔ Es kann sowohl die Umstellung in einen Tarif mit umfassenderen Leistungen als auch der Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und/oder der Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist, verlangt werden. Hinweis: Diese Option gilt nicht für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?				✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?				✔ Das anlassbezogene Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat. Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?				✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	S30, S22, SW22, SW30: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant A22, A30: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ BV20, BV30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ VisB 50T-U: Ja. Leistung vorhanden, s. o. BW2 50T-U: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V, KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	SP2-B 50S: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant COMFORT-B 50S: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ S30, S22: Ja. Leistung vorhanden, s. o. A22, A30: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant SW22, SW30: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ BV20, BV30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BW2 50T-U, VisB 50T-U: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V, KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ SP2-B 50S, COMFORT-B 50S: Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	S30, S22: Nein. Stationäre AHB in "gemischten Krankenanstalten" werden nur nach vorheriger Zusage erstattet). SW22, SW30: s. o. A22, A30: s. S-Tarif	✔ BV20, BV30: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	VisB 50T-U: Nein. stationäre AHB: nur bei bestimmten Diagnosen/ Behandlungen ambulante AHB, bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären). BW2 50T-U: Nein. Stationäre AHB sind nur bei bestimmten Diagnosen/Behandlungen erstattungsfähig.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V, KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	SP2-B 50S: s. Kompakttarif COMFORT-B 50S: Nein. Es wird nur stationäre Anschlussrehabilitation erstattet und auch die nur, wenn die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	S30, S22, SW22, SW30: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant A22, A30: Nein. Keine Leistung vorhanden.	BV20, BV30: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ VisB 50T-U: Ja. Leistung vorhanden, s. o. BW2 50T-U: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V, KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Nein. Keine Leistung vorhanden.	SP2-B 50S: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant COMFORT-B 50S: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ S30, S22: Ja. Leistung vorhanden, s. o. A22, A30: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant SW22, SW30: Nein. Keine Leistung vorhanden.	BV20, BV30: Nein. Keine Leistung vorhanden.	BW2 50T-U, VisB 50T-U: Nein. Keine Leistung vorhanden.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V, KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Nein. Keine Leistung vorhanden.	SP2-B 50S, COMFORT-B 50S: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: VB130U, VB1ZU: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	S30, S22: Nein. Stationäre Reha-Maßnahmen in "gemischten Krankenanstalten" werden nur nach vorheriger Zusage erstattet. SW22, SW30: s. o. A22, A30: s. S-Tarif	BV20, BV30: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	VisB 50T-U: Nein. Erstattet werden nur ambulante AHB/ ambulante Reha-Maßnahmen (bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären). BW2 50T-U: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V, KOMFORT-B-W 30, KOMFORT-B-W 20V: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	SP2-B 50S, COMFORT-B 50S: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	<p>✓ VB130U, VB1ZU: 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>✓ A22, A30: Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt drei ambulante/stationäre Suchtentwöhnungsbehandlungen bei Substanzabhängigkeit (keine Nikotinsucht) erstattungsfähig. Bei stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Kann ein Anspruch auf Kostenerstattung/Kostenübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden, besteht kein Leistungsanspruch. S30, S22: 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/Kostenübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden, besteht kein Leistungsanspruch.</p>	<p>BV20, BV30: Erstattungsfähig zu 80% des versicherten Prozentsatzes sind insgesamt max. drei ambulante/stationäre Entwöhnungs- bzw. Entzugsbehandlungen (außer bei Nikotinsucht) während der Vertragslaufzeit, sofern kein anderweitiger Anspruch besteht und der Versicherte die Maßnahme vorab zugesagt hat. Bei stationären Maßnahmen werden max. die Allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet (zu 80%).</p>	<p>Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80% des versicherten Prozentsatzes, sofern - der Versichere vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um 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>KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Bei der ersten Entziehungsmaßnahme (ausgenommen Nikotinsucht), für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, wird ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit der Versichere vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Erstattet werden nach vorheriger schriftlicher Zusage insgesamt max. 3 ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren (außer bei Nikotinsucht), soweit kein Anspruch bei einem anderen Kostenträger besteht und die Maßnahmen in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt werden. Bei stationären Maßnahmen werden max. die Allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.</p>

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continentale COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Kindervunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✓ VB130U, VB1ZU: In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✓ A22, A30: Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Samenzellen der Ehepartner verwendet werden und - eine nach medizinischen Kriterien deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht. <p>Bei Insemination sind nach hormoneller Stimulation maximal drei Versuche, im Spontanzyklus maximal acht Versuche und bei IVF und ICSI insgesamt maximal drei Behandlungszyklen (Embryontransfers) erstattungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit eines Komplettzyklus bei IVF und ICSI sind die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer maßgeblich.</p> <p>Kann ein Anspruch auf Kostenerstattung/ Kostenübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden, besteht in diesem Umfang kein Leistungsanspruch.</p>	<p>✓ BV20, BV30: In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✓ Künstliche Befruchtung ist analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Ein Leistungsanspruch besteht für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>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>✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Medizinisch notwendige künstliche Befruchtung (max. 3 Versuche) wird erstattet, sofern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist, - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht. 	<p>✓ Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage ärztliche Leistungen und Arznei- und Verbandmittel für maximal 3 Versuche (unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren), wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt, - eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und - die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet. <p>Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen (bei der Continentale oder einer anderen PKV) eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und dort kein Leistungsanspruch geltend gemacht werden kann.</p>
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<p>✓ VB130U, VB1ZU: Bei einer Hausentbindung wird einmalig eine Pauschale von 500 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt.</p> <p>Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden analog des versicherten Prozentsatzes 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>A22, A30: Weder Beitragsfreiheit noch Zusatzleistung (außer Rückbildungsgymnastik) nach Entbindung.</p>	<p>BV20, BV30: Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>	<p>KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.</p>	<p>Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.</p>

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Garantierte Beitragsrückerstattung?	VE50U, VB130U, VB1ZU, VENU: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	A22, Z50, A30: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	BV20, BV30: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	VisB 50T-U: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert. BN3 2 50-U: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	✓ EB-BU 50: Bei Leistungsfreiheit im abzurechnenden Geschäftsjahr wird eine garantierte Beitragsrückerstattung von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge gezahlt (ab Alter 21). Wenn nach diesem Tarif und/oder dem Tarif KOMFORT-B die Voraussetzungen (volle Beitragszahlung bis 31.12. ohne Mahnverfahren, Versicherung fortlaufend bis 31.7. des Folgejahres) nicht erfüllt sind, entfällt für beide Tarife der Anspruch auf Beitragsrückerstattung. KOMFORT-B 50S: Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person (welche das 21. Lebensjahr vollendet hat), für die keine Versicherungsleistungen im abzurechnenden Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge.
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	✓ VB130U, VB1ZU: Die Beitragsrückerstattung 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 VE50U, VENU: Die Beitragsrückerstattung beträgt zzt.: 2 Monatsbeiträge für 1 leistungsfreies Jahr 3 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Jahre 4 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Jahre 5 Monatsbeiträge für 4 leistungsfreie Jahre 6 Monatsbeiträge für 5 und mehr leistungsfreie Jahre	✓ A22, Z50, A30: 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.	✓ BV20, BV30: Die Beitragsrückerstattung beträgt zzt. 2,5 Monatsbeiträge für 1 leistungsfreies Kalenderjahr ab Vertragsbeginn. Würden Leistungen in Anspruch genommen, gilt folgende Staffel: 1,25 Monatsbeiträge für 1 leistungsfreies Kalenderjahr 1,5 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Kalenderjahre 2,0 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Kalenderjahre 2,5 Monatsbeiträge für 4 und mehr leistungsfreie Kalenderjahre Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen haben keine Auswirkung auf die Beitragsrückerstattung.	⚠️ BN3 2 50-U: Zurzeit wird keine Beitragsrückerstattung aus diesem Tarif gezahlt. VisB 50T-U: BRE ab 2019 (Auszahlung in 2020 ff.): beitragsunabhängiger Festbetrag (+ ggf. Verhaltensboni), s. Hinweis Bei unterjährigem Beginn wird im 1. Jahr keine anteilige BRE gezahlt. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich. Hinweis: ab Alter 20: 500 EUR ab 1 leistungsfreien Jahr; bis Alter 19: 250 EUR jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR / Fitness: 50 EUR	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: BRE ab 2019 (Auszahlung in 2020 ff.): 2,5 Monatsbeiträge ab 1 leistungsfreien Jahr - anteilige BRE bei unterjährigem Beginn - Kinder/Jugendliche = 1/2 BRE	✓ EB-BU 50: Zusätzlich zur garantieren Beitragsrückerstattung von zwei Monatsbeiträgen wird eine altersunabhängige, erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gezahlt: - nach 1 leistungsfreien Jahr: 1 Monatsbeitrag - nach 2 leistungsfreien Jahren: 2 Monatsbeiträge - nach 3 und mehr leistungsfreien Jahren: 3 Monatsbeiträge KOMFORT-B 50S: Zusätzlich zur garantieren Beitragsrückerstattung von 2 Monatsbeiträgen wird eine altersunabhängige, erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gezahlt: - nach 1 leistungsfreien Jahr: 1 Monatsbeitrag - nach 2 leistungsfreien Jahren: 2 Monatsbeiträge - nach 3 und mehr leistungsfreien Jahren: 3 Monatsbeiträge.
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neubeschluss?	✓ VB130U, VB1ZU: Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	A22, A30: Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Z50: Die allgemeinen Wartezeiten sowie die besondere Wartezeiten für Psychotherapie entfallen. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	BV20, BV30: Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Bei unfallbedingten Kosten entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.	✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.	✓ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VB130U VB1ZU VE50U VENU PVB	LKH A22 A30 S22 S30 SW22 SW30 Z50 ET50 PVB	Concordia BV20 BV30 AZN.. BV PLUS BVS BVE PVB	AXA - DBV VisB 50T-U BW2 50T-U BWE-U BN3/2 50-U PVB	Signal Iduna KOMFORT-B 30 KOMFORT-B 20V KOMFORT-B-E 50 KOMFORT-B-W 20V KOMFORT-B-W 30 PVB	Continental COMFORT-B/50S SP1Z-B SP2- B/50S EB-BU/50 PVB
Monatsbeitrag:	337,47 €	277,17 €	269,08 €	236,02 €	227,09 €	182,26 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angebotener Anomalien/Geburtschäden?	✔ VB130U, VB1ZU: 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, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ A22, A30: 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, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ BV20, BV30: 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, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindermachversicherung das Neugeborene wie geboren.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermachversicherung ab Geburt mitversichert werden, erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.	✔ 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, Behinderungen, Gebrechen, Geburtschäden, Anomalien, angeborene Krankheiten und Erbkrankheiten.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ VB130U, VB1ZU: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	A22, A30: Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	BV20, BV30: Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	✔ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilverversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: 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.
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	✔ VB130U, VB1ZU: Ja. Keine Leistungspflicht besteht bei Kriegsereignissen nur für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	✔ A22, A30: Ja. Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind, wenn der Eintritt von Kriegsereignissen bzw. inneren Unruhen für das betreffende Land nicht vorhersehbar und der versicherten Person keine Ausreise in ein anderes Land ohne aktuelle Kriegsereignisse oder innere Unruhen möglich war.	✔ BV20, BV30: Leistungspflicht besteht, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes verhindert ist. Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen.	✔ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse 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 Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Leistungspflicht besteht für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist (und generell für durch Terroranschläge verursachte Krankheiten etc.). Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet (unter Anrechnung der gesetzlichen Leistungen, z. B. aus Unfallversicherung, Rentenversicherung).	✔ Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Für durch terroristische Anschläge verursachte Krankheiten wird geleistet (da kein Kriegsereignis im Sinne der Bedingungen).
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ VB130U, VB1ZU: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ A22, A30: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ BV20, BV30: 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 identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.
Sonstiges		✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Option Krankentagegeld: Entfällt für die versicherte Person die Versicherungsfähigkeit aufgrund des Wegfalls des Beihilfeanspruchs im Krankheitsfall oder deren Status als berücksichtigungsfähige(r) Angehörige(r), besteht für die betreffende versicherte Person Zugang zu allen verkaufsoffenen Krankentagegeldtarifen (genaue Regelung siehe Bedingungen).	Keine Leistung vorhanden.	✔ 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. Hinweis: Raucherzuschlag: 17% des Tarifbeitrages. Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200 EUR übersteigen. Erreichen die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.	✔ KOMFORT-B 30, KOMFORT-B 20V: Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.	