

# Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

## Daniel Mustermann

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

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

# Analyse Krankenversicherung

## Angaben zur Person

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

## Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.08.2019  
Tarifgebiet: West  
Tarifarten: Krankenvollversicherung  
Krankentagegeld 100 € ab 43. Tag

## Vorgeschlagene Tarife

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

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
Süddeutsche	AM13 S1 Z9 PPN TA 6	705,24 €
Alte Oldenburger	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	737,03 €
Barmenia	einsA prima+ 1 PVN T42+	591,17 €
HanseMerkur	AZP PS3 PSV PVN T43	710,19 €
Universa	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	479,70 €
GKV	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43	880,29 €

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

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

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

Süddeutsche		Alte Oldenburger		Barmenia		HanseMerkur		Universa		GKV	
<b>AM13</b>	<b>271,22 €</b>	<b>A90/100</b>	<b>359,99 €</b>	<b>einsA prima+ 1</b>	<b>451,22 €</b>	<b>AZP</b>	<b>414,07 €</b>	<b>uni-introPrivat 300</b>	<b>311,73 €</b>	<b>GKV Arbeitnehmer (DAK)</b>	<b>730,54 €</b>
<p>Ambulanter Tarif mit 30% Selbstbeteiligung, max. 960 EUR p.a. (hälftige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird)</p> <p>Beitragsrabatt von 15% für Apotheker und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen - bei Verzicht auf Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel</p> <p>Tarifstand: 01.05.2017</p>		<p>Ambulanter Tarif mit 10% Selbstbeteiligung, max. 165,- € p.a.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>		<p>Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung bei Einhaltung Primärarztprinzip (sonst 80%) 80% Heilpraktiker 80% Psychotherapie</p> <p>Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung</p> <p>Zahn: 100% Zahnbehandlung 80% Zahnersatz 80% Kieferorthopädie</p> <p>Selbstbehalt: 300 € Selbsthalt p.a. (Kinder hälftige SB)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2018</p>		<p>Kompakttarif mit 100% Erstattung für ambulante Behandlung, 100% Zahnbehandlung, 80% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Sofortige Stundung i.H. von 50% des Jahresbeitrags bei Leistungsfreiheit. Rückzahlung bei Inanspruchnahme von Erstattungen.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2017</p>		<p>Kompakttarif: - 100% Erstattung für ambulante Behandlung Hausarztprinzip (75% Erstattung bei Nichteinhaltung) - 75% Heilpraktiker - 75% Heilmittel - 75% Hilfsmittel (Eigenanteil bei größeren Hilfsmitteln auf 1.000 EUR p. a. begrenzt) - 75% Arznei- und Verbandmittel, max. Selbstbeteiligung 625 EUR p. a. - 100% Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt) - 100% Zahnbehandlung, 60% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. 300,- € Selbstbehalt auf den gesamten Tarif p.a.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>		<p>Gesetzliche Krankenversicherung (Beispiel DAK) Höchstbeitrag für Arbeitnehmer.</p> <p>Es wird eine fiktive Selbstbeteiligung von 600 EUR p.a. unterstellt.</p> <p>Bis Alter 18 wird der Beitrag für freiwillig versicherte Kinder inkl. Pflegepflichtbeitrag angezeigt!</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>	
<b>S1</b>	<b>198,22 €</b>	<b>K20</b>	<b>157,61 €</b>			<b>PS3</b>	<b>112,81 €</b>	<b>uni-SZ II plus</b>	<b>39,24 €</b>		
<p>Stationärer Tarif: - Regel- und Wahlleistungen (1- oder 2-Bettzimmer, Wahlarzt, Belegarzt)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>		<p>Stationärer Tarif: Erstattung der Regel- u. Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt).</p> <p>Tarifstand: 01.01.2018</p>				<p>Stationärer Tarif 100% Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2018</p>		<p>Stationäre Zusatzversicherung für Beihilfeberechtigte (in Ausbildung), Tarifregion Ost (uni-intro/Privat-Spezial) und uni-intro/Privat 300</p> <p>- 2-Bettzimmer - Privatarzt - Krankentransporte</p> <p>Tarifstand: 01.10.2016</p>			

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Süddeutsche		Alte Oldenburger		Barmenia		HanseMercur		Universa		GKV	
<b>Z9</b>	<b>96,88 €</b>	<b>Z100/80</b>	<b>73,63 €</b>			<b>PSV</b>	<b>42,55 €</b>	<b>uni-ZZ</b>	<b>11,57 €</b>		
Zahntarif: - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 90% - Kieferorthopädie: 90%  Tarifstand: 01.05.2017		Zahntarif: 100% Zahnbehandlung, 80% Zahnersatz u. Kieferorthopädie.  Tarifstand: 01.01.2019				Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung  Tarifstand: 01.01.2017		Ergänzungstarif für zahnärztliche Heilbehandlung für Versicherte nach Tarifstufe uni-intro Privat 300  20% für - zahntechnische Leistungen bei Inlays - zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz - zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung/Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen  Tarifstand: 01.01.2019			
<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>56,63 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>59,12 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>45,12 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>56,94 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>36,25 €</b>		
<b>PPN</b>	<b>39,29 €</b>	<b>PVN</b>	<b>38,88 €</b>	<b>PVN</b>	<b>39,83 €</b>	<b>PVN</b>	<b>40,22 €</b>	<b>PVN</b>	<b>40,11 €</b>	<b>PVN</b>	<b>149,74 €</b>
Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2019		Gesetzliche Pflegepflichtversicherung. (Höchstbeitrag, inkl. Kinderlosenzuschlag) Tarifstand: 01.01.2019	

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Süddeutsche		Alte Oldenburger		Barmenia		HanseMercur		Univisa		GKV	
<b>TA 6</b>	<b>43,00 €</b>	<b>KTV 6</b>	<b>47,80 €</b>	<b>T42+</b>	<b>55,00 €</b>	<b>T43</b>	<b>43,60 €</b>	<b>uni-KT 43</b>	<b>40,80 €</b>	<b>KT43</b>	<b>0,01 €</b>
Krankentagegeld ab dem 43. Tag.  Sofern Tarif TA nicht mit einem Krankheitskostentarif zusammen besteht, erhöht sich der Beitrag um 40%.  max. versicherbarer Tagessatz 250 EUR  Tarifstand: 01.01.2018		Krankentagegeld ab dem 43. Tag in Verbindung mit einer Vollversicherung bei der Alten Oldenburger.  AVB: Teil I (MB/KT 2009) und Teil II (Tarifbedingungen), Stand 01/2018  max. Tagessatz: Voranfrage beim/vom Versicherer erwünscht  Tarifstand: 01.01.2014		Krankentagegeld ab dem 43. Tag.  max. versicherbarer Tagessatz: - mit Barmenia-Vollversicherung: 300 EUR - ohne Barmenia-Vollversicherung: 150 EUR - für GKV-Versicherte < KV-Pflichtgrenze: 25 EUR  Tarifstand: 01.01.2019		Krankentagegeld ab dem 43. Tag.  Fassung Januar 2018: MB/KT 2009 + TB/ KT 2009 (MBKT 01.18), Tarif T (T 01.18)  Tarifstand: 01.01.2017		Krankentagegeld ab dem 43. Tag.  Tarifstand: 01.01.2018		Krankengeldanspruch i.H. von 101,50 € ab dem 43. Tag  Tarifstand: 01.01.2017	
<b>Gesamtbeitrag mtl.:</b>	<b>705,24 €</b>		<b>737,03 €</b>		<b>591,17 €</b>		<b>710,19 €</b>		<b>479,70 €</b>		<b>880,29 €</b>
<b>Arbeitnehmeranteil mtl.:</b>	<b>362,57 €</b>		<b>394,56 €</b>		<b>295,59 €</b>		<b>367,05 €</b>		<b>239,85 €</b>		<b>500,84 €</b>
<b>Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:</b>	<b>442,57 €</b>		<b>408,31 €</b>		<b>320,59 €</b>		<b>367,05 €</b>		<b>264,85 €</b>		<b>550,84 €</b>

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.

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Univera uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Selbstbehalt p.a.:</b>	960,00 €	165,00 €	300,00 €		300,00 €	600,00 €
<b>SB Art *:</b>	A %	A %	ASZ		ASZ	ASZ
<b>Arbeitnehmeranteil:</b>	362,57 €	394,56 €	295,59 €	367,05 €	239,85 €	500,84 €
<b>Effektivbeitrag **:</b>	442,57 €	408,31 €	320,59 €	367,05 €	264,85 €	550,84 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>GOÄ/GOZ</b>						
<b>Ambulant</b>						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
<b>Stationär</b>	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 2-Bettzimmer Wahlarzt	 2-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 2-Bettzimmer Wahlarzt	 keine Wahlleistungen
<b>Zahn</b>						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	90 %	80 %	80 %	80 %	80 %	50 %
Kieferorthopädie	90 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
<b>Krankentagegeld</b>						

### Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

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

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

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

### Erläuterung zur Darstellung:

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

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Selbstbeteiligung</b>							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		960,00 € 	165,00 €	300,00 €	0,00 €	300,00 €	600,00 € 
		Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel und Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice des Versicherers bezogen werden.					Hinweis: In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine pauschale Obergrenze. Aufgrund der diversen Selbstbehalte wird eine jährliche SB von insgesamt 600 EUR fiktiv unterstellt.
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		750,00 €	165,00 €	500,00 €	0,00 €	675,00 €	
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)							
- SB prozentual (bzw. keine SB)							
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)							
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet							
<b>Haus-/Primärarztprinzip</b>							
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip						 	
						Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherten spätestens bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.	
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?							
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland							
						Hinweis: Im Ausland gilt das Hausarztprinzip nicht, die Vergütung ärztlicher Heilbehandlungen außerhalb der BRD ist jedoch generell auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte							
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €							
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ... %		100 %	100 %	80 %	100 %	75 %	
<b>Gebührenordnung ambulant</b>							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)							
							Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Erstattungsfähig sind ca. 60% der privatärztlichen Rechnung (ca. 1,7 facher Satz der GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte).
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)							
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung							
				Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.			
<b>Heilpraktiker</b>							
Heilpraktiker							
		Hinweis: Kosten für Psychotherapie durch Heilpraktiker sind nicht versichert.				Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- xx % Erstattung		100 %	100 %	80 %	100 %	75 %	
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		1.000,00 €	unbegrenzt	800,00 €	unbegrenzt	unbegrenzt	
		Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR.					
- mind. bis Höchstsatz GebüH							
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebüH hinaus)							
			Hinweis: Der Versicherer hat eine Positivliste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren, die aber NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen ist (sie dient NUR als Orientierungshilfe für seine Leistungspraxis).				
- alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte							
			Hinweis: Der Versicherer hat eine Positivliste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren, die aber NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen ist (sie dient NUR als Orientierungshilfe für seine Leistungspraxis).				

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Vorsorge</b>							
- über gesetzliche Programme							
		Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränataldiagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gentests).					
- Schutzimpfungen							
<b>Heilmittel</b>							
Definition Heilmittelkatalog							
- Erstattung in %		100 %	100 %	80 %	100 %	75 %	90 %
				Hinweis: Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000,00 EUR im Kalenderjahr zu 80%, darüber hinaus zu 100% ersetzt.			
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	400,00 €	0,00 €	unbegrenzt	unbegrenzt
- keine pauschalen Beschränkungen							
							Hinweis: GKV Höchstbeitrag: 10% Selbstbeteiligung bei Heilmitteln plus 10,- € je Verordnung.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Univerra	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verz., Beihilfesätze, angemessene Preise o. ä.			✓			✓	
- Logopädie durch Logopäden	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Hilfsmittel</b>							
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %	📦	100 %	100 %	80 % 🚫⚠️	100 %	75 % 🚫	90 % 🚫
				Hinweis: Die Erstattung beträgt je Hilfsmittel (ausgenommen lebenserhaltende Hilfsmittel) 80%, je lebenserhaltendem Hilfsmittel 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.			
- max. Selbstbehalt p.a. €	📦	0,00 €	0,00 €	unbegrenzt 🚫	0,00 €	🚫⚠️	120,00 € 🚫
				Hinweis: Bei größeren Hilfsmitteln ist der Eigenanteil auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.			
- offener Hilfsmittelkatalog	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis	📦	✓	✓	🚫	🚫	✓	✓
- Atemmonitor (Heimgerät)	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitor (Heimgerät)	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Heimdialysegerät	📦	✓	✓	✓	✓	✓	🚫
- Krankenfahrstühle ohne Sonnenbegrenzung	📦	✓	✓	✓	🚫	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMercur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Hör-/Sprechgeräte							
		Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/ Noiser.		Hinweis: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je zu versorgendem Ohr erstattungsfähig, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.			
- Orthopädische Schuhe							
				Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät							
			Hinweis: Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die ALTE OLDENBURGER beteiligt sich entgegenkommend bei Vorlage der medizinischen Indikation an den Kosten für die Anschaffung und Ausbildung des Hundes bzw. des Hundeführers. Laufende Kosten wie Futter, Tierarzt, Haftpflicht, Steuern usw. werden nicht erstattet.		Hinweis: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig, sofern der Blindenhund als technisches Mittel vom Versicherer angesehen wird.		
- Blindenlese-/Vorlesegerät							
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung							
- Prothesen							
- Kunstaugen							
- Orthesen							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Sehhilfen</b>							
- Erstattung xx €		1.000,00 €	unbegrenzt	240,00 €	260,00 €	125,00 €	
		Hinweis: Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 3.000 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.	Hinweis: Brillen oder Kontaktlinsen werden bis 160 EUR zu 100% erstattet, darüber hinaus zu einem Drittel.  Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die ALTE OLDENBURGER erkennt grundsätzlich Lasik als Behandlungsmöglichkeit zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit an. Die Kosten hierfür können nach Feststellung der medizinischen Notwendigkeit entsprechend der GOÄ abgerechnet werden.	Hinweis: Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR je Auge erstattungsfähig.	Hinweis: Alternativ werden die Kosten für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) bis 260 EUR erstattet.		Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig.
- Anspruch mind. alle 24 Monate							
<b>Psychotherapie</b>							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	50	50	unbegrenzt
		Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.					
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)							
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte							
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage							
			Hinweis: Ärztliche Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.				

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Univerra	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Ambulant</b>							
Ambulante Transporte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Ambulante Transporte</b>							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
- bei Gehunfähigkeit	✓	✓ ⚠	✗	✗ ⚠	✓ ⚠	✓	✗
		Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.		Hinweis: Erstattungsfähig 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: Transportkosten werden auch erstattet, wenn der Transport wegen der Folgen ambulant durchgeführter Operationen medizinisch notwendig ist.		
- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)	✓	✗ ⚠	✗	✗	✗	✗	✗
		Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).					
- ambulante Notfalltransporte	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>							
- ohne zusätzliche SB							
				Hinweis: Werden Originalpräparate bezogen, obwohl für diese Generika vorhanden sind, sind diese zu 80 % erstattungsfähig. Erstattet werden darüber hinaus nur verordnete, verschreibungspflichtige Arzneien und verordnete Verbandmittel.			
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/parenteral hinaus)							
<b>sonstiges</b>							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)							
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege							
						Hinweis: Lt. verbindlicher Erklärung der Universa „KV-Leistung“ (NICHT Bestandteil der Bedingungen) ist medizinisch notwendige Behandlungspflege erstattungsfähig, wenn sie ärztlich verordnet ist, durch anerkannte Pflegedienste ausgeführt wird und die Aufwendungen für die einzelnen Verrichtungen nicht höher sind als vergleichbare ärztliche Leistungen.	
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)							
<b>Kurleistung ambulant</b>							
Kurleistung ambulant							
- Verzicht auf Kurortklausel							
<b>Ambulant</b>							
sonstiges							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Univerra	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Stationär</b>							
1-Bettzimmer		✓			✓		
2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	
Mehrbettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		✓	✓	✓	✓	✓	
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
<b>Gebührenordnung Stationär</b>							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	📄	✓	✓	✓	✓	✓	🚫⚠️ Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch.
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	📄	✓	✓	🚫	✓	✓	🚫
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung	📄	✓	🚫	✓⚠️ Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.	🚫	✓	🚫
<b>Anschlussreha (AHB)</b>							
- AHB bei bestimmten Diagnosen ohne Zusage versichert	📄	✓	✓	✓	✓	✓	🚫
- AHB ohne vorherige Zusage versichert	📄	✓	✓	✓	🚫	✓	🚫

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMercur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Privatkliniken</b>							
Privatkliniken		✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig - es sei denn, es handelt sich um eine Notfallanweisung.	
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntgG/BPflV		✓		✓			
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓		✓		✓	
<b>Stationär</b>							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus	🚗	✓ ⚠ Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.	✓	✓	✓	✓	🚗
Ersatzkrankenhaustagegeld		✓	✓		✓	✓	
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt	🚗	✓	✓	✓	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni- ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓	✓	✓	✓	✓	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓	
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	✓		✓	✓	
Kurleistung stationär		✓		✓			✓
sonstiges		✓				✓	<p>Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Im Krankenhaus und bei einer stationären Kur sind zehn Euro pro Tag zu entrichten. Bei einer Krankenhausbehandlu ng und einer Anschlussrehabilitatio n ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Nicht zuzahlen müssen Patienten bis zum 18. Lebensjahr.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni- ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Zahn</b>							
Zahnbehandlung %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 % 	100 %
						Hinweis: uni-ZZ: Zahntechnische Leistungen bei Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) werden zu 20% erstattet. uni-introPrivat 300: Inlays: Zahnärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet, zahntechnische Leistungen zu 60%.	
Zahnersatz %		90 %	80 %	80 %	80 %	80 % 	50 %
						Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	
Kieferorthopädie %		90 %	80 %	80 %	80 %	80 % 	80 %
						Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	 Hinweis: Kieferorthopädie wird in der Regel nur bis Alter 18 erstattet.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universona	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni- ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Gebührenordnung Zahn</b>							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
							Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)							
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung							
				Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.			
<b>Zahn</b>							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o. ä.							
Summenbegrenzung max. ... Jahre		4	3	unbegrenzt	6	unbegrenzt	0
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall							
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage							
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen							
							Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung							
						Hinweis: Zahnärztliche Leistungen bei Inlays werden wie Zahnbehandlung zu 100% erstattet.	
- sonstiges							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>							
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2017	2013	2013	2013	2016	
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		0				0	
- Markteinführung BiSex- "Vorgängertarif" (Jahr):		0	1973		0	2005	
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>							
- 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	4	2	unbegrenzt
Kinder alleine versicherbar ab Alter		0	6	0	0	16	0

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Ausland</b>							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt	3	1	unbegrenzt	3	
					Hinweis: Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.	Hinweis: Es besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Es besteht bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten nur Versicherungsschutz in Ländern mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen.
- Rücktransport aus dem Ausland							
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt							
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt							

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universona uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni- ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland		✓	✓	✓ ⚠  Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).		✓	
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>							
Optionsrecht auf Höherversicherung		✓ ⚠  Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).		✓		✓	
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		5 ⚠  Hinweis: AM13, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.		3		unbegrenzt ⚠  Hinweis: Optionszeitpunkte für die Höherversicherung: - einer (altersunabhängig): zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn - mehrere (vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person): zum Monatsersten nach Ablauf von 8 bzw. 13 Jahren ab Beginn und dann kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universona	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- anlassbezogenes Optionsrecht		  Hinweis: AM13, S1, Z9: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.					
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen						 Hinweis: Der Wechsel zum 1. und 2. Optionstermin (nach Ablauf von 3 bzw. 8 Jahren) ist ohne Gesundheitsprüfung möglich.	
- keine Beschränkung der Zieltarife							
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen							
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universona	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...		50		unbegrenzt		unbegrenzt	
		Hinweis: AM13, S1, Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.				Hinweis: Das erste Optionsrecht (nach Ablauf von drei Jahren) kann altersunabhängig ausgeübt werden, die weiteren Optionsrechte nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres.	
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>							
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen							
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen							
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung							
- Beitragsrückerstattung garantiert							
- Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		3	2	1	6	1	
					Hinweis: Die im Rahmen des Programms für Vorsorgeuntersuchungen durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen (freiwillige Leistungen des Versicherten; Art und Umfang der Leistungen werden jedes Jahr neu festgelegt) haben keinen Einfluss auf die Pauschalerstattung.		
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss							
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien							
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung							
- Verbesserte Kriegsklausel							
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		1	2	2	2	2	0
sonstiges							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universona	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Krankentagegeld</b>							
Tagegeld auch über Nettogehalt versicherbar (Arbeitnehmer)		✓	✓	⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/ Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	✓	✓	
bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten		✓	✓		✓		✓
Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus	🇩🇪	✓	✖	✓	✓	✓	✖
Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar (Selbstständige)		✓		⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.	✓	✓	⚠ Hinweis: Der maximale Krankengeldanspruch beträgt pro Tag 83,13 EUR bzw. 2.493,30 EUR monatlich (Stand 2006).
Existenzgründer geschätzter vor. Gewinn versicherbar?				✓			

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universona	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Leistung bei BU über MB/ KT hinaus							
BU: KT-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente							
Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)							
Leistung auch bei Kur-/ RehaMaßnahme eines gesetzlichen Trägers							
Alkoholgenuss: kein Ausschluss							
Entziehungsmaßnahmen mitversichert							
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig							
Leistung bei Erkrankung eines Kindes							
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit							
Entbindungspauschale							
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationär Behandlung beschränkt							
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/ keine Rückreise mgl.)							
		Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.		Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung.	
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt							
						Hinweis: Selbständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Univerra	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederungsversuch							
					Hinweis: Der Leistungsanspruch besteht nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht.		
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung							
Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn							
<b>Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht</b>							
- GKV-Versicherte (KT-Zusatz bei PKV)							
					Hinweis: Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht, er beschränkt es jedoch auf den Ablauftermin des 2. und 3. Versicherungsjahres.		

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

		Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
	Kundenwunsch	AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni- ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Selbstständige: KT + PKV- Voll nicht beim selben VR		 Hinweis: Arbeitnehmer: Information wird nachgeliefert/Antwort des Versicherers steht noch aus			 Hinweis: Selbstständige: Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht, er beschränkt es jedoch auf den Ablauftermin des 2. und 3. Versicherungsjahres.  Arbeitnehmer: Für den Versicherer ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen, sofern der Krankentagegeldtarif arbeitgeberzuschussfä hig ist und der Arbeitgeber auch bei solo bestehender Krankentagegeldversi cherung den Zuschuss gewährt (ansonsten beschränkt er das Kündigungsrecht auf den Ablauftermin des 2. und 3. Versicherungsjahres).		
- Selbstständige: KT + PKV- Voll beim selben VR							
<b>Krankentagegeld</b>							
Abschluss mit PKV bei anderem VU versicherbar							
Mindestvertragsdauer		1	2	2	2	1	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Süddeutsche	Alte Oldenburger	Barmenia	HanseMerkur	Universa	GKV
		AM13 S1 Z9 PPN TA 6	A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	einsA prima+ 1 PVN T42+	AZP PS3 PSV PVN T43	uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni- ZZ PVN uni-KT 43	GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
Monatsbeitrag:		705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
sonstiges		✓	✓	✓		✓	✓ ⚠ Hinweis: Bei Arbeitsunfähigkeit wird Krankengeld wegen der gleichen Krankheit für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt - gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzukommt, verlängert sich dadurch nicht die Dauer der Krankengeldzahlung.  Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, werden wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld angesehen.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Selbstbeteiligung</b>						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	 Die Selbstbeteiligung beträgt 30% und ist auf 960 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.  Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach diesem Tarif im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn sich die Selbstbeteiligung ändert. Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel und Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice des Versicherers bezogen werden.	 Die Selbstbeteiligung beträgt 10% ist auf 165,- € pro Kalenderjahr begrenzt. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, so ermäßigt sich der Betrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.	 Die Selbstbeteiligung ist auf 300,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	 Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	 Die Selbstbeteiligung ist auf 300 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	 In der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Versicherte die folgenden Zuzahlungen leisten:  Medikamente und Hilfsmittel: 10% des Abgabepreises, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR. (Seit dem 1. Juli 2006 sind besonders preiswerte Medikamente, d.h. vor allem Generika, von der Zuzahlung befreit.) Krankenhaus: 10,00 EUR pro Kalendertag, maximal für 28 Tage Rehabilitation: 10,00 EUR pro Kalendertag Heilmittel: 10,00 EUR Verordnungsgebühr, zusätzlich 10 % des Abgabepreises Haushaltshilfe: 10% der Leistung pro Tag, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR. Fahrkosten: 10% der Erstattung pro Fahrt, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR.  Man kann sich von den Zuzahlungen für ein Kalenderjahr befreien lassen. Dabei sind vorher mindestens 2 % der Familienbruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt (abzüglich gewisser Freibeträge für Familienangehörige) an Zuzahlungen zu leisten. Ist ein Familienmitglied schwerwiegend chronisch krank, kann sich die Grenze auf 1 % halbieren Hinweis: In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine pauschale Obergrenze. Aufgrund der diversen Selbstbehalte wird eine jährliche SB von insgesamt 600 EUR fiktiv unterstellt.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 750 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 70% Erstattung = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 70% Erstattung = 350 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 70% Erstattung = 560 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 70% Erstattung = 140 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 210 EUR.	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 165 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 90% Erstattung = 900 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 90% Erstattung = 450 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 90% Erstattung (bis 150 EUR RB), darüber hinaus 100% = 785 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	 Der Eigenanteil beträgt (bei Einhaltung des Primärarzt-/Hausarztprinzips) im Beispiel pro Kalenderjahr: 500 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./ 300 EUR SB = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR* - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 80% Erstattung = 640 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 80% Erstattung = 160 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 4.500 EUR (Hilfsmittel: unbegrenzt (lebenserhaltende Hilfsmittel werden zu 100% erstattet), Heilmittel: 360 EUR). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt. * bei Bezug von Generika oder Originalpräparaten, für die es keine Generika gibt	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 0 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung = 1.000 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	 Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 675 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 100% Erstattung ./ 300 EUR SB = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 75% Erstattung = 375 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 75% Erstattung = 600 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 75% Erstattung = 150 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 4.325 EUR (Medikamente: 500 EUR, Heilmittel und "kleinere" Hilfsmittel: unbegrenzt (bei "größeren" Hilfsmitteln max. 1.000 SB)). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt.	
- Selbstbehalt nur ambulant?	 Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	 Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	 Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	In der GKV sind Selbstbeteiligungen/Zuzahlungen in allen Bereichen vorgesehen.
- prozentualer Selbstbehalt?	 Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	 Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	 Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die hälftige Selbstbeteiligung.	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Für Kinder und Jugendliche halbiert sich dieser Jahreselbstbehalt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Für Kinder gilt die gleich Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Bis zum Alter 18 sind Kinder u. Jugendliche teilweise oder vollständig von Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln befreit.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Keine Selbstbeteiligung für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	✔ Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Leistungen für Sehhilfen werden nicht auf die 10%ige Selbstbeteiligung angerechnet.	✔ Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen (auch zahnprophylaktische Leistungen) und Schutzimpfungen fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen bzw. Schutzimpfungen bezeichnet werden.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✘ Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	✔ In der GKV ist keine pauschale Selbstbeteiligung vorgesehen.
<b>Haus-/Primärarztprinzip</b>						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✘ Nein. Primärarztprinzip vorhanden.  Für die ambulante Heilbehandlung muss zuerst ein Primärarzt aufgesucht werden. Als Primärarzt gelten ausschließlich: - Ärzte für Allgemeinmedizin, - praktische Ärzte, - Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, - Augenärzte, - Gynäkologen, - Kinderärzte, - Notärzte oder Bereitschaftsärzte.  Für die Mit- oder Weiterbehandlung durch andere Ärzte ist eine Überweisung des Primärarztes erforderlich. Die Notwendigkeit muss von der Mit- oder Weiterbehandlung schriftlich bestätigt und die Bestätigung zusammen mit der Rechnung des anderen Arztes zur Erstattung eingereicht werden.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✘ Die Heilbehandlung muss durch einen Primärarzt erfolgen oder durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt, wenn der Primärarzt dies zuvor veranlasst hat (Überweisung (muss zusammen mit der Facharztrechnung vorgelegt werden)).  Als Primärarzt gelten ausschließlich: - Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt – jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung), - Augenarzt, - Frauenarzt, - Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung, - Notarzt oder - Bereitschaftsarzt.  Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung als Hausarzt festgelegt werden. Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer spätestens bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Ja. Wird direkt ein anderer Arzt ohne vorherige Überweisung des Primärarztes aufgesucht, verringert sich die tarifliche Leistungshöhe nur für diese Behandlung, wenn für zukünftige Behandlungen - auch für denselben Versicherungsfall - eine Überweisung des Primärarztes eingeholt wird.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Die uniVersa Krankenversicherung a. G. hat am 05.10.2016 folgende verbindliche Erklärung zum Thema „nachträgliche Heilung für Folgebehandlungen im Rahmen des Hausarzt-/ Primärarztprinzips“ (gültig für die Tarife: uni-intro/Privat, uni-intro/Privat-Spezial, uni-VE 900 K) abgegeben:  Hiermit erklären wir verbindlich, dass eine nachträgliche Heilung für Folgebehandlungen möglich ist.  Erfolgt die Erstbehandlung direkt durch den Facharzt ohne Überweisung durch einen Primärarzt so kommt der reduzierte Erstattungsprozentsatz zum Tragen (75 % für uni-intro/Privat bzw. uni-intro/Privat-Spezial und 80 % für uni-VE 900 K).  Eine nachträgliche Überweisung für die Erstbehandlung können wir nicht anerkennen.  Wird jedoch eine eventuelle Folgebehandlung durch einen Primärarzt durchgeführt bzw. durch einen Facharzt mit Überweisung durch den Primärarzt, werden die Kosten für die Folgebehandlung mit 100 % erstattet.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/ Primärarzt erfolgen muss?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Die Überweisung durch den Primärarzt gilt bis zum Abschluss der angetretenen Behandlung, längstens jedoch für sechs Monate. Besteht die Notwendigkeit der Mit- oder Weiterbehandlung danach fort, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich ist.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Ja, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Primärarztprinzip nicht.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Im Ausland gilt das Hausarztprinzip nicht, die Vergütung ärztlicher Heilbehandlungen außerhalb der BRD ist jedoch generell auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Ja, das Primärarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Ja, das Hausarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Primärarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Hausarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/ Primärarztprinzip verletzt wurde	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Bei Nichteinhaltung des Primärarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 80%.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75%.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Gebührenordnung ambulant</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	⚠ Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch. Seit 2004 können Versicherte das sog. Kostenerstattungsprinzip wählen. Erstattungsfähig sind ca. 60% der privatärztlichen Rechnung (ca. 1,7 facher Satz der GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte). Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Erstattungsfähig sind ca. 60% der privatärztlichen Rechnung (ca. 1,7 facher Satz der GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte).
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	⚠ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	⚠ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	⚠ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	⚠ Erstattungsfähig sind ca. 60% der privatärztlichen Rechnung (ca. 1,7 facher Satz der GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte).
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet wird auch eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.  Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	⚠ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✔ Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. ⚠ Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.	⚠ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	⚠ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den örtlichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt (max. 75%).	⚠
<b>Heilpraktiker</b>						
- Heilpraktiker	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Kosten für Psychotherapie durch Heilpraktiker sind nicht versichert.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	✔ Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind zu 80% erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind zu 75% erstattungsfähig.	⚠
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	⚠ Heilpraktikerleistungen werden bis max. 1.000 EUR p. a. erstattet. ⚠ Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	⚠ Die Aufwendungen werden bis insgesamt 800 EUR (incl. Naturheilverfahren durch Ärzte) im Kalenderjahr erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	⚠
- mind. bis zum Höchstsatz Gebüh. erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (Gebüh.) erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebüh. erstattungsfähig.	⚠ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum einfachen Satz des Gebüh. erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebüh. erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen werden bis zu der Höhe übernommen, die für vergleichbare ärztliche Verrichtungen bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ erstattungsfähig wären.	⚠

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	✔ Ja. Erstattungsfähig sind alle Naturheilverfahren nach dem Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung (bis insgesamt (inkl. Abrechnungen nach dem GebÜH) 1.000 EUR p. a.).	✘ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Der Versicherer hat eine Positivliste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren, die aber NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen ist (sie dient NUR als Orientierungshilfe für seine Leistungspraxis).	✔ Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig.	✔ Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig. Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.	✘ Nein, es sind keine Leistungen über das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker hinaus 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.	✘ Keine Leistung vorhanden.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	Ärztliche Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.  Erstattungsfähig sind naturheilkundliche Behandlungen durch Ärzte.	✘ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Der Versicherer hat eine Positivliste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren, die aber NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen ist (sie dient NUR als Orientierungshilfe für seine Leistungspraxis).	✔ Versicherungsschutz besteht für die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Stand 2009) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Erstattungsfähig sind in diesem Rahmen Aufwendungen für Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel - zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR (incl. Heilpraktikerleistungen) im Kalenderjahr.	✔ Erstattet werden zu 100% die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführt sind (bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen) sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel. Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.	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.	
<b>Vorsorge</b>						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔ Ja. Versichert sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Schwangerschaftsvorsorge. Nicht versichert sind Kosten für private und dienstliche Zwecke (z. B. Untersuchungen zur Flugtauglichkeit). Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Vorsorgeuntersuchungen sind bis zu 160,- EUR je Vorsorgeuntersuchung, darüberhinaus zu einem Drittel. Hierzu zählen sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.	✔ Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) ohne Berücksichtigung der dort genannten Altersbeschränkungen sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien". Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien", die darüber hinausgehen, sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500,00 EUR im Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig, z.B. zusätzl. Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren; Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre): Eine Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen). Für Erwachsene je nach Alter: erweiterte Krebsvorsorge, Lungenfunktionsprüfung, Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung, Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung, Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Altersbegrenzung und ohne festgelegte zeitliche Abstände erstattungsfähig.	✘ Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.
- Schutzimpfungen?	✔ Erstattet werden Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt sowie darüber hinaus: - die Gripeschutzimpfung, - die Zeckenschutzimpfung (FSME), - die Malaria-Prophylaxe, - Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie Reiseimpfungen.	✔ Laut Aussage Alte Oldenburger werden generell alle medizinisch notwendigen Impfungen erstattet. Ausnahme ist die Reiseprophylaxe sowie Hepatitis-B Impfung bei nicht medizinischen Berufen.	✔ Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen; erstattungsfähig sind z. B. die Aufwendungen für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch- Institut (RKI). Ausgenommen sind berufsbedingte Schutzimpfungen und solche aus Anlass von privaten Auslandsreisen.	✔ Als Versicherungsfall gelten auch Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht - unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden. Es werden die Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen bis zu 100 EUR pro Versicherungsjahr erstattet. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis.	✔ Erstattet werden Aufwendungen für Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, auf Grund von Freizeitgewohnheiten oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.	✔ Ärztlich angeratene Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff (außer zu Reisezwecken) sind erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Heilmittel</b>						
- Heilmittel-Definition	Versichert sind z. B. Hydrotherapie, Massagen, Kälte- und Wärmetherapie, Inhalationen, mechanische Behandlung, Lichttherapie, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlung, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik, Geburtsvorbereitungskurse sowie Rückbildungs- und Wochenbettgymnastik, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), osteopathische Behandlung, medizinische Fußpflege (Podologie), Therapeutisches Reiten (Hippotherapie), Bewegungstherapie (Heileurythmie).  Bei medizinischer Notwendigkeit werden auch die Kosten für einen Hausbesuch ersetzt.	Heilmittel sind physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe (Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie).	Erstattungsfähig sind medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen. Außerdem sind bei einer Schwangerschaft Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik erstattungsfähig.	Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen sowie medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen in den Bundesbeihilfavorschriften als beihilfefähig anerkannten Heilmittel.	Zu den Heilmitteln gehören insbesondere Inhalationen, Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie), Massagen, Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlungen, Elektro- und Lichttherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie), Ergotherapie, Hippotherapie, medizinische Fußpflege (Podologie) einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.	Heilmittel, wie zum Beispiel die physikalische Therapie (Massagen, Krankengymnastik), die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und die Ergotherapie werden den Versicherten auf Kassenrezept zur Verfügung gestellt.
- Erstattung von Heilmitteln in %?	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000,00 EUR im Kalenderjahr zu 80%, darüber hinaus zu 100% ersetzt.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% erstattet.	Bei Heilmitteln sind zehn Prozent der Kosten selbst zu übernehmen. Außerdem fällt eine Zuzahlung von zehn Euro je Verordnung an.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Der Eigenanteil für Heilmittel ist auf 400 EUR p.a. begrenzt.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Der Selbstbehalt ist nicht in der Höhe begrenzt.	Bei Heilmitteln sind zehn Prozent der Kosten selbst zu übernehmen. Außerdem fällt eine Zuzahlung von zehn Euro je Verordnung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Bei Heilmitteln sind zehn Prozent der Kosten selbst zu übernehmen. Außerdem fällt eine Zuzahlung von zehn Euro je Verordnung an. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: 10% Selbstbeteiligung bei Heilmitteln plus 10,- € je Verordnung.
- Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis, eine Begrenzung auf Beihilfesätze, "ortsübliche" oder "angemessene" Preise o. ä.?	Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, wenn diese für Deutschland üblich sind.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden (da angelehnt an Bundesbeihilfe).	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
- Logopädie	Logopädische Behandlungen einschließlich Stimmbildungen sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
- Ergotherapie	Beschäftigungstherapie (Ergotherapie) ist erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Hilfsmittel</b>						
Hilfsmittel	✔ Versichert sind ärztlich verordnete Hilfsmittel, die Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten sowie Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke. Neben der Erstattung von Wartungs- und Reparaturkosten werden auch Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln ersetzt.	✔ Hilfsmittel (außer Brillen und Kontaktlinsen): Hierunter fallen technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, nicht jedoch Brillen und Kontaktlinsen. Dazu gehören Bruchbänder, Geh- und Stützapparate, Kompressionsstrümpfe, Hörgeräte (jedoch keine Batterien), Körpersersatzstücke, Krankenfahrstühle, Sprechhilfen sowie orthopädische Schuhe bzw. Schuheinlagen. Erstattet werden auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) und zur Reparatur oder Wartung der Hilfsmittel, jedoch keine Batterien für Hörgeräte.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für technische Mittel und Körpersersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen und Haarerersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte...	✔ Hilfsmittel sind technische Mittel und Körpersersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein in den Tarifbedingungen genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Zu den erstattungsfähigen Hilfsmitteln gehören u. a. die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Einlagen und Schurzrichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (wie z. B. „Coagu-Chek“), Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte; Rollatoren, Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel; Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Pulsoxymeter (werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt), Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen.	✔ Erstattungsfähig sind:  - kleinere Hilfsmittel: Blutzuckermessgerät, Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden und Kompressionsstrümpfe und - weitere (größere) Hilfsmittel wie z. B. Haarerersatz bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell), Gehstützen, Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzkloppenersatz (s. auch nachfolgende Punkte zu einzelnen Hilfsmitteln).	✔ Nach ärztlicher Verordnung durch einen zugelassenen Kassenarzt sind Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder Bagatelhilfsmittel gelten. Für die Erstattung gelten Höchstgrenzen (Festbeträge). Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln: 10%, mind. 5,- € max. 10,- €. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, max. 10,- € monatlich.
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die Erstattung beträgt je Hilfsmittel (ausgenommen lebenserhaltende Hilfsmittel) 80%, je lebenserhaltendem Hilfsmittel 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	⚠ Hilfsmittel werden zu 75% erstattet.	⚠ Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln: 10%, mind. 5,- € max. 10,- €. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, max. 10,- € monatlich.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	⚠ Der prozentuale Eigenanteil für Hilfsmittel ist nicht in der Höhe begrenzt.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	⚠ Bei kleineren Hilfsmitteln ist der Selbstbehalt nicht in der Höhe begrenzt. Hinweis: Bei größeren Hilfsmitteln ist der Eigenanteil auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	⚠ Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln: 10%, mind. 5,- € max. 10,- €. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, max. 10,- € monatlich.
- offener Hilfsmittelkatalog?	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Offener Hilfsmittelkatalog im Bereich der technischen Hilfsmittel. "Hilfsmittel: Hierunter fallen technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen,..."	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Offener Hilfsmittelkatalog vorhanden.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
Besteht eine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung?	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist die einfache Ausführung erstattungsfähig.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich. Der Versicherer unterstützt bei der Auswahl und Anschaffung eines geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Eine Liste der Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice beschafft werden können, gibt es unter <a href="http://www.sdk.de">www.sdk.de</a> .	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	⚠ Bei Hilfsmitteln, deren Aufwendungen einen Rechnungsbetrag von voraussichtlich 1.500,00 EUR überschreiten werden, ist dem Versicherer vor Bezug der Hilfsmittel ein Kostenvoranschlag vorzulegen (zur Prüfung einer günstigeren Versorgungsmöglichkeit). Wird kein KVA vorgelegt bzw. macht die VP von einer günstigeren Versorgung keinen Gebrauch, sind die Aufwendungen zu 80% erstattungsfähig und werden zu 100% ersetzt.	⚠ Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig (werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt).	✔ Atemmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig (werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt).	✔ Herzmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig (werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt).	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Heimdialysegeräte bei Nierenversagen sind erstattungsfähig.	✘ Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor.
- Krankenfahrtühle ohne Summenbegrenzung?	✔ Krankenfahrtühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrtühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrtühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✘ Krankenfahrtühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR erstattungsfähig; bei medizinisch notwendigen Spezialanfertigungen können nach vorheriger Zusage des Versicherers auch höhere Beträge erstattet werden.	✔ Krankenfahrtühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrtühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/Noiser.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je zu versorgendem Ohr erstattungsfähig, Sprechhilfen ohne betragsliche Begrenzung.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörhilfen (elektronisches Hörgerät) und elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperation sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführerassistenzsystems einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die ALTE OLDENBURGER beteiligt sich entgegenkommend bei Vorlage der medizinischen Indikation an den Kosten für die Anschaffung und Ausbildung des Hundes bzw. des Hundeführers. Laufende Kosten wie Futter, Tierarzt, Haftpflicht, Steuern usw. werden nicht erstattet.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig, sofern der Blindenhund als technisches Mittel vom Versicherer angesehen wird.	✔ Blindenführhunde (Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✔ 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.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.
- Kunstaugen?	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Stützapparate einschließlich Liegeschalen.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Sehhilfen</b>						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen werden bis max. 1.000 EUR erstattet. Hinweis: Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 3.000 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Brillen oder Kontaktlinsen werden bis 160 EUR zu 100% erstattet, darüber hinaus zu einem Drittel.  Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt: Die ALTE OLDENBURGER erkennt grundsätzlich Lasik als Behandlungsmöglichkeit zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit an. Die Kosten hierfür können nach Feststellung der medizinischen Notwendigkeit entsprechend der GOÄ abgerechnet werden.	Brillen und Kontaktlinsen sind zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR erstattungsfähig. Hinweis: Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR je Auge erstattungsfähig.	Brillen und Kontaktlinsen werden zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von 260,00 EUR erstattet. Hinweis: Alternativ werden die Kosten für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) bis 260 EUR erstattet.	Sehhilfen (Brillengläser und Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden zu 75% bis max. 125 EUR erstattet.	Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig. Kontaktlinsen werden nur in Ausnahmefällen erstattet, wenn die medizinisch zwingend erforderlich ist. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig.
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattungsfähig.	Sehhilfen sind einmal pro Versicherungsjahr erstattungsfähig.	Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von zwei Jahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.	Sehhilfen (alternativ Sehschärfenkorrektur) sind innerhalb von jeweils 24 Monaten erstattungsfähig.	Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	Sehhilfen sind nur bei Kindern u. Jugendlichen bis Alter 18 erstattungsfähig.
<b>Psychotherapie</b>						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Psychotherapie im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte, auch z.B. durch Dipl. Psychologen)?	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	Ja. Wenn eine fachärztliche Feststellung der Erkrankung erfolgt, werden Leistungen auch für psychotherapeutische Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht (nach Zusage).	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine unüblichen Einschränkungen.	20% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	10% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	25% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	Keine unüblichen Einschränkungen.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind nur erstattungsfähig, wenn der der Versicherer vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn – nach maximal 5 probatorischen Sitzungen – eine schriftliche Zusage erteilt hat. Hinweis: Ärztliche Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Ambulante Psychotherapie ist nicht ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig.	Es sind alle 50 psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
<b>Ambulant</b>						
- ambulante Krankentransporte?	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
<b>Ambulante Transporte</b>						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zur Dialyse, Chemotherapie und Strahlentherapie; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges 0,30 EUR pro Kilometer.	Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie, sofern eine Fahrttauglichkeit ärztlich bescheinigt wird.	Transporte zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie sind erstattungsfähig.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.	Es können für Patienten in Ausnahmefällen Fahrten zur ambulanten Dialyse sowie zur onkologischen Chemotherapie und onkologischen Strahlentherapie verordnet werden. 10% Zuzahlung, höchstens 10 Euro aber mindestens 5 Euro.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	 Ja, Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit sind erstattungsfähig, sofern die Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	 Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	 Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	 Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig. Hinweis: Transportkosten werden auch erstattet, wenn der Transport wegen der Folgen ambulant durchgeführter Operationen medizinisch notwendig ist.	 Ja, ambulante Fahrt- und Transportkosten bei attestierter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.	 Kosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden in der ambulanten Versorgung nur in besonderen Ausnahmefällen nach Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen. Versicherte leisten dann eine Zuzahlung von 10 %, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, aber nicht mehr als die gesamten Transportkosten.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).	 Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	 Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	 Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	 Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	 Kosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden in der ambulanten Versorgung nur in besonderen Ausnahmefällen nach Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen. Versicherte leisten dann eine Zuzahlung von 10 %, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, aber nicht mehr als die gesamten Transportkosten.
- Ambulante Notfalltransporte?	 Ja. Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus bei medizinischen Notfällen oder Unfällen; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	 Erstattungsfähig sind Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall.	 Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	 Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	 Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	 Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig. Versicherte leisten dann eine Zuzahlung von 10 %, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, aber nicht mehr als die gesamten Transportkosten.
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.  Hinweis: Werden Originalpräparate bezogen, obwohl für diese Generika vorhanden sind, sind diese zu 80 % erstattungsfähig. Erstattet werden darüber hinaus nur verordnete, verschreibungspflichtige Arzneien und verordnete Verbandmittel.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel werden zu 75% erstattet, wobei der 25%ige Eigenanteil auf max. 625 pro Kalenderjahr begrenzt ist.	 Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel beträgt 10 % des Abgabepreises, mindestens aber 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Davon ausgenommen sind Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr. Weitere Ausnahmen gelten für schwerwiegende Erkrankungen, bei denen diese Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	 Ja. Erstattet werden z. B.: - Nährstofflösungen, - Zubehör und Applikationshilfen zur künstlichen Ernährung, - Teststreifen für Blut- und Harnstoffmessungen sowie - Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Artikel, - Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungsmittel (auch sexuelle) und Desinfektionsmittel, wenn diese medizinisch notwendig sind.	 Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen erstattungsfähig.	 Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.	 Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nahr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost u. dgl.	 Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind Nahr- und Stärkungsmittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.	 Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>sonstiges</b>						
- medizinische Versorgungszentren?	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✔ Ja. Versichert ist die medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte (medizinische Behandlungspflege). Intensiv-Behandlungspflege (besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, der die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle erfordert) wird auch in stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheim) erstattet. Der Versicherer empfiehlt, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag (Intensiv-Behandlungspflege), Art und Dauer der Behandlungspflege mit ihm abzustimmen. Häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege), sofern ärztlich verordnet, wird erstattet, wenn eine Behandlung im Krankenhaus nötig, aber nicht durchführbar ist oder dadurch eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt wird - pro Versicherungsfall max. 4 Wochen.  Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.	✘ Nein, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind nicht erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✘ In den Bedingungen ist die Kostenübernahme häuslicher Behandlungspflege nicht geregelt. Hinweis: Lt. verbindlicher Erklärung der Universa „KV-Leistung“ (NICHT Bestandteil der Bedingungen) ist medizinisch notwendige Behandlungspflege erstattungsfähig, wenn sie ärztlich verordnet ist, durch anerkannte Pflegedienste ausgeführt wird und die Aufwendungen für die einzelnen Verrichtungen nicht höher sind als vergleichbare ärztliche Leistungen.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.
- Palliativversorgung?	✔ Ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist versichert, vorausgesetzt, es liegt eine unheilbare und fortschreitende Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung vor und die Palliativ-Versorgung ermöglicht die Betreuung in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung der versicherten Person (auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize). Erstattet werden ärztliche und pflegerische Leistungen und Organisation bis zu dem Betrag, der auch für einen GKV-Versicherten für die Versorgung abgerechnet wird.  Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.	✔ Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Kosten sind soweit erstattungsfähig, wie sie für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären bzw. innerhalb der GOÄ liegen.	✔ Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Gebühren sind innerhalb des Gebührenrahmens der GOÄ zu 100% bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären. Ein Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen und Altersheimen.	✔ Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus der Pflegeversicherung hinausgehen.	Ambulante Palliativversorgung ist nicht erstattungsfähig.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Kurleistung ambulant</b>						
- Kuren ambulant?	<p>✓ Erstattet werden bei ambulanten (und stationären) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 2.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>✓ Bei einer Genesungskur (es muss eine mind. zehntägige stationäre Krhs.behandlung vorausgegangen und die mediz. Notwendigkeit durch ein Attest des behandelnden Krhs.arztes nachgewiesen sein) oder sonstigen Kur in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:</p> <p>a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen; b) Arznei- und Verbandmittel; c) Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen; d) Kurplan; e) Kurtaxe.</p> <p>Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Das Genesungsgeld beträgt je Tag 100 EUR. Es wird je Kur längstens für die Dauer von vier Wochen gezahlt.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel, wenn sie im Rahmen einer ärztlich verordneten und medizinisch notwendigen ambulanten Kur in Deutschland anfallen. Eine Inanspruchnahme dieser Leistung ist nur alle 3 Jahre möglich. Unterbringungs-, Verpflegungs- und Fahrkosten sowie Kurtaxe werden nicht erstattet.</p>	<p>Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>✓ Besteht eine ärztlich nachgewiesene Behandlungsnotwendigkeit, werden die Kosten während des gesamten Kuraufenthaltes unbegrenzt von der GKV übernommen, wobei, wie auch bei stationären Behandlungen, ein Eigenanteil vorgesehen ist. Besteht für eine Kur keine medizinische Notwendigkeit, muss diese vom Versicherten (bis auf einen kleinen Zuschuss der GKV von 7,50 EUR) selbst finanziert werden.</p> <p>Der Rentenversicherungsträger oder die GKV kann nur alle vier Jahre eine Kur und bei Anschlussheilbehandlungen über einen Zeitraum von 3 Wochen, eine Unterstützung von 6,- bzw. 4,50 EUR gewähren.</p>
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Ambulant</b>						
Sonstiges	<p>✔ Versichert sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühförderung als Heilbehandlung wegen Krankheit, sofern Sozialhilfeträger nicht leistet</li> <li>- Psychotherapie - max. 120 Stunden pro Versicherungsfall innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>- Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren</li> <li>- Bei Fachkräften für Psychotherapie werden nur die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden</li> <li>- medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlungen innerhalb von 28 Tagen (aus medizinischen Gründen ggf. auch später) nach Entlassung aus dem Krankenhaus; bei einer voraussichtlichen Dauer von mehr als 4 Wochen ist für die Weiterbehandlung eine vorherige schriftliche Zusage erforderlich</li> <li>- ambulante Maßnahmen zur Rehabilitation</li> <li>- Keine Erstattung, wenn andere Kostenträger (z. B. Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig sind</li> <li>- Präventionskurse (Kurse zur gesunden Ernährung oder persönlichen Ernährungsberatung, Nichtraucherseminare (Teilnahme von mind. jeweils 80% muss nachgewiesen werden), präventives Rückentraining, Herz-Kreislauf-Training, Rheumaliga/-sport, autogenes Training, progressive Muskelentspannung) – bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>- Keine Erstattung von Mitgliedsbeiträgen in Sportvereinen oder Fitnesszentren</li> <li>- Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a.</li> <li>- Kommunikationshilfen (z. B. Gebärd- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen</li> <li>- medizinische Erst- und Folgeschulungen für chronisch Kranke, bis max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>- Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. (Selbstbeteiligung wird angerechnet)</li> </ul> <p>Die genaueren/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Der Vorstand ALTE OLDENBURGER hat am 12.11.2015 schriftlich bestätigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Aufwendungen für eine ambulante Anschlussheilbehandlung sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger vorhanden ist.</li> <li>- Die von der Hebamme erbrachten Leistungen im Rahmen von Kursen oder Gruppenstunden werden auch ohne ärztliche Verordnung tariflich erstattet. Aufwendungen für Geburtsvorbereitung können nur für die Schwangere selbst berücksichtigt werden. Der Kostenanteil des am Kurs teilnehmenden Partners kann keine Berücksichtigung finden.</li> </ul>	<p>✔ Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geburtsvorbereitungskurse,</li> <li>- Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik</li> <li>- Lebendorganspende</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist</li> <li>- Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung</li> </ul> <p>Die genaueren Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Bei ambulanten Operationen wird neben der Kostenerstattung zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von 150 EUR gezahlt, sofern der Eingriff im Indikationskatalog aufgeführt ist. Ein ggf. bestehender Anspruch auf Pauschalerstattung oder auf Beitragsrückerstattung bleibt erhalten.</p> <p>Anschlussheilbehandlungen können auch (unter den in den Bedingungen genannten Voraussetzungen) ambulant oder teilstationär erbracht werden. Zusätzlich werden ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bei einer Polyneuropathie, einer Multiplen Sklerose und Gefäßoperationen tariflich erstattet. Leistungen anderer Kostenträger, die zunächst in Anspruch zu nehmen sind, werden bei allen Rehabilitationsmaßnahmen in Abzug gebracht. Besteht eine medizinische Notwendigkeit für einen Transport, werden die hierdurch entstehenden Aufwendungen für eine ambulante oder teilstationäre Rehabilitation im tariflichen Umfang bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 1.000 EUR anerkannt; bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind diese Aufwendungen auf den Betrag beschränkt, der für die Fahrt in die nächstgelegene geeignete Einrichtung und zurück anfällt.</p>	Keine Leistung vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Stationär</b>						
- 1-Bettzimmer?	✓ Erstattungsfähig sind die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer.			✓ PS3: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. PSV: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	uni-SZ II plus, uni-introPrivat 300: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	
- 2-Bettzimmer?	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ PSV: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. PS3: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ uni-SZ II plus: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. uni-introPrivat 300: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	
- Regelleistungen?	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✓ Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ PSV: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. PS3: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✓ uni-SZ II plus: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. uni-introPrivat 300: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
<b>Gebührenordnung Stationär</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ PS3: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. PSV: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden, wenn dies durch besondere krankheitsbedingte Erschwerisse begründet ist und die Aufwendungen nach den Bemessungskriterien dieser Gebührenordnungen angemessen sind.	✓ uni-introPrivat 300: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. uni-SZ II plus: Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig.	 Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	 Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ PS3: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. PSV: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden, wenn dies durch besondere krankheitsbedingte Erschwerisse begründet ist und die Aufwendungen nach den Bemessungskriterien dieser Gebührenordnungen angemessen sind.	✓ uni-SZ II plus: Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. uni-introPrivat 300: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 Die GKV erstattet nach dem Sachleistungsprinzip laut Sozialgesetzbuch.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die den Gebührenordnungen für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer).  Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	uni-SZ II plus: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ, uni-introPrivat 300: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.	
<b>Anschlussreha (AHB)</b>						
- Anschlussheilbehandlungen bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) ohne vorherige Zusage?	Ja. Medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen sind ohne Beschränkung auf bestimmte Diagnosen auch ohne vorherige Zusage erstattungsfähig, wenn sie innerhalb von 28 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen (aus medizinischen ggf. auch ein später). Bei einer voraussichtlichen Dauer von mehr als 4 Wochen ist für die Weiterbehandlung eine vorherige schriftliche Zusage erforderlich. Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation. Keine Kostenerstattung bei Leistungspflicht anderer Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger).	Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind erstattungsfähig, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde.	Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig.	Ja, Anschlussheilbehandlungen in gemischten Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftl. Zusage bei bestimmten Erkrankungen erstattungsfähig, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von zwei Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde und die aufgrund einer der folgenden Indikationen medizinisch notwendig war: Bypass-Operation am Herzen, akuter Herzinfarkt, Operation am offenen Herzen, Wirbelsäulen-Operation, Schlaganfall, Gelenkersatz mit Knie- oder Hüftgelenksprothesen oder Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.	Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen sind im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Anschlussheilbehandlung kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß bei bestimmten Diagnosen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig.
- Anschlussheilbehandlungen ohne vorherige Zusage?	Ja. Medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorherige Zusage erstattungsfähig, wenn sie innerhalb von 28 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen (aus medizinischen ggf. auch ein später). Bei einer voraussichtlichen Dauer von mehr als 4 Wochen ist für die Weiterbehandlung eine vorherige schriftliche Zusage erforderlich. Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation. Keine Kostenerstattung bei Leistungspflicht anderer Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger).	Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind erstattungsfähig, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde.	Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind nur bei bestimmten Erkrankungen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig.	Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen sind im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Anschlussheilbehandlung kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.	Nein, für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB) wird auf Grundlage des SGB nur nach vorheriger Zusage durch die Krankenkasse geleistet.
<b>Privatkliniken</b>						
Privatkliniken	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig - es sei denn, es handelt sich um eine Notfallweisung.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	✔ Ja. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen, ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten haben und Krankengeschichten führen.	Erstattungsfähig sind nur die Allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz.	✔ 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).	Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) abrechnen, werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPIV oder KHEntG angefallen wäre.	Keine Leistung vorhanden.	
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	✔ Ja. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen, ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten haben und Krankengeschichten führen.	Erstattungsfähig sind nur die Kosten eines 2-Bettzimmers als Wahlleistung gem. Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz + privatärztliche Behandlung.	✔ Ja, Unterbringung im 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	PSV: Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß KHEntG angefallen wäre. PS3: Es sind keine Wahlleistungen versichert.	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.	
<b>Stationär</b>						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Ja. Versichert sind: ⚠ - medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächsten, geeigneten und aufnahmebereiten Krankenhaus - medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer auswärtigen ambulanten Untersuchung während einer stationären Behandlung, sofern sie nicht bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten sind - medizinisch nicht notwendige Verlegung (Wunschverlegung); 1x pro Versicherungsfall, sofern sich das Krankenhaus sich im selben Land wie das vorherige Krankenhaus befindet und der Transport über Land stattfindet (z. B. mit einem Krankenwagen); keine intensivmedizinische Betreuung während des Transports - Bergungskosten bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. private Unfallversicherung) leistungspflichtig ist. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.	✔ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen behandlungsfähigen Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhauses.	✔ uni-introPrivat 300: Erstattungsfähig sind Krankentransporte zum und vom nächstreichbarsten, der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegendem und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber). uni-SZ II plus: Krankentransportkosten zum und vom nächstreichbarsten und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus sind erstattungsfähig, sofern unmittelbar eine vollstationäre Behandlung vorgesehen ist bzw. stattfindet.	⚠ Krankentransport in Rettungsfahrzeugen und Krankenwagen zur stationären Behandlung werden abzüglich einer Eigenbeteiligung von 10,- € erstattet.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Ersatzkrankhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✔ Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ein 2-Bettzimmer gewährt, werden 20 EUR täglich gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer 40 EUR und bei Verzicht auf separat vereinbarte privatärztliche Behandlung 60 EUR. Bei teilstationärer, vor- und nachstationärer Behandlung sowie bei ambulanten stationärsetzenden Operationen erfolgt keine Zahlung.	✔ Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 16,- € pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 32,00 € gezahlt.	Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.	✔ PSV: Bei Verzicht auf die gesonderte Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer werden 35 EUR pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung werden 25 EUR pro Tag gezahlt. PS3: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	✔ uni-introPrivat 300: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.  Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankhaustagegeld von 125 EUR. uni-SZ II plus: Für jeden Tag, für den keine Kosten für bessere Unterbringung oder privatärztliche Behandlung geltend gemacht werden, wird ein Krankhaustagegeld von 30 EUR bzw. 60 EUR gezahlt.	Es sind keine Wahlleistungen versichert.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✔ Der Versicherer kann sich auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: - die stationäre Einrichtung an der versicherten Person nur Heilbehandlungen durchführt, für die eine stationäre Behandlung notwendig ist oder - eine Einweisung wegen eines Notfalls erfolgt ist oder - es sich um das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes der versicherten Person handelt oder - während des Aufenthaltes in einer gemischten stationären Einrichtung eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung notwendig macht oder - es sich um eine Anschlussheilbehandlung (Rehabilitation) handelt.	✔ Ja. Auf eine fehlende Leistungszusage wird sich nicht berufen, wenn: - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde - es sich um eine Notfalleinweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.	✔ Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	✔ Ja, eine Zusage ist nicht erforderlich, wenn - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern, - eine Notfalleinweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte, - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt (nur bei bestimmten Diagnosen), - die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.	✔ Eine Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder - sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung eine Anschlussheilbehandlung anschließt.	
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ uni-SZ II plus, uni-introPrivat 300: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ Ja. Versichert ist die stationäre und teilstationäre Versorgung in Hospizen, die palliativ-medizinische Behandlungen durchführen. Es werden die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden. Kosten, für die ein anderer Kostenträger leisten muss (vor allem die private Pflegepflichtversicherung), werden nicht ersetzt.	✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen (nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung) für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung 100% der verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ Ja. Wird neben einem versicherten Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auch ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden die Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson erstattet, wenn diese nicht in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten ist.	✔ Die Kosten für eine Begleitperson sind erstattungsfähig, sofern die Mitaufnahme aus medizinischen Gründen notwendig ist.	Kosten für eine Begleitperson sind nicht erstattungsfähig.	✔ PSV: Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson, wenn die Leistung nicht über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt ist - bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet. PS3: "Rooming in" ist nicht versichert.	✔ Die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten ist erstattungsfähig.	
- Kuren stationär?	✔ Erstattet werden bei stationären (und ambulanten) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 2.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	✘ Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✔ Bei einer Genesungskur (es muss eine mind. zehntägige stationäre Krhs.behandlung vorausgegangen und die mediz. Notwendigkeit durch ein Attest des behandelnden Krhs.arztes nachgewiesen sein) oder sonstigen Kur in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für: a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen	✘ Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✘ uni-introPrivat 300: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten. uni-SZ II plus: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.	✔ Besteht eine ärztlich nachgewiesene Behandlungsnotwendigkeit, werden die Kosten während des gesamten Kuraufenthaltes unbegrenzt von der GKV übernommen, wobei, wie auch bei stationären Behandlungen, ein Eigenanteil vorgesehen ist. Besteht für eine Kur keine medizinische Notwendigkeit, muss diese vom Versicherten (bis auf einen kleinen Zuschuss der GKV von 7,50 EUR) selbst finanziert werden.  Der Rentenversicherungsträger oder die GKV kann nur alle vier Jahre eine Kur und bei Anschlussheilbehandlungen über einen Zeitraum von 3 Wochen, eine Unterstützung von 6,- bzw. 4,50 EUR gewähren.
Sonstiges	✔ Versichert sind auch: - ambulante stationärsetzende Operationen bei Vorlage eines Kostenvoranschlages vor Behandlungsbeginn + Fahrten und Transporte (bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer); keine Erstattung der Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen (z. B. für Übernachtungen und/oder Verpflegung) - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärd- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a.  Die genaueren/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.				✔ Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der BRD gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.	✔ Im Krankenhaus und bei einer stationären Kur sind zehn Euro pro Tag zu entrichten. Bei einer Krankenhausbehandlung und einer Anschlussrehabilitation ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Nicht zuzahlen müssen Patienten bis zum 18. Lebensjahr. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Im Krankenhaus und bei einer stationären Kur sind zehn Euro pro Tag zu entrichten. Bei einer Krankenhausbehandlung und einer Anschlussrehabilitation ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Nicht zuzahlen müssen Patienten bis zum 18. Lebensjahr.

## Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Zahn</b>						
Zahnbehandlung (%)?	✔ Zahnbehandlung und Prophylaxemaßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching) sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: uni-ZZ: Zahntechnische Leistungen bei Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) werden zu 20% erstattet. uni-introPrivat 300: Inlays: Zahnärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet, zahntechnische Leistungen zu 60%.	✔ Sofern die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt wird, werden 100% erstattet.
Zahnersatz (%)?	✔ Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ uni-ZZ: Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für Zahnersatz (prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen) werden zu 20% erstattet. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) werden zu 20% erstattet. uni-introPrivat 300: Zahnersatz ist zu 60% erstattungsfähig. Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	✔ Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag. Dieser orientiert sich am konkreten Befund (z.B. "fehlender Zahn im Unterkiefer"). Das bedeutet: Alle Versicherten bekommen bei gleichem Befund den gleichen Betrag von ihrer Kasse erstattet. Diese Neuregelung belohnt wie bisher eigene Aktivitäten zur Zahngesundheit durch entsprechend höhere Festzuschüsse.
- Kieferorthopädie (%)?	✔ Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ uni-introPrivat 300: Kieferorthopädie ist zu 60% erstattungsfähig. ⚠ uni-ZZ: Zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen werden zu 20% erstattet. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) werden zu 20% erstattet. Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	✔ Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig (nach Behandlungsabschluss zu 100%). Wer bei einer kieferorthopädischen Behandlung noch Zuschuss zur Grundversorgung erhält, hängt vom Bedarfsgrad (KIG) ab. Es gibt 5 Grade. Ab Grad 3 ist Kassenzuschuss möglich.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Kieferorthopädie wird in der Regel nur bis Alter 18 erstattet.
<b>Gebührenordnung Zahn</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ uni-introPrivat 300: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt. uni-ZZ: Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungshonoraren richtet sich nach der Tarifstufe uni-introPrivat 300.	⚠ Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	✘ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✘ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✘ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✘ uni-introPrivat 300: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. uni-ZZ: Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungshonoraren richtet sich nach der Tarifstufe uni-introPrivat 300.	✘ Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	✔ Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.	✘ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✔ Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre.	✘ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✘ uni-introPrivat 300: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte). Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandlung vor Ort begründet liegt. uni-ZZ: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	✘
<b>Zahn</b>						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	✔ 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.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✔ uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	Für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge: - 3.000 EUR vom 1. bis zum 2. Kalenderjahr - 5.000 EUR vom 1. bis zum 3. Kalenderjahr - 7.500 EUR vom 1. bis zum 4. Kalenderjahr.	Summenbegrenzung für Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie: 1.000 € im 1. Kalenderjahr, 1.500 € im 1. bis 2. Kalenderjahr, 2.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr, unbegrenzt ab dem 4. Kalenderjahr.	Für Zahnersatz (einschl. Reparaturen) und Kieferorthopädie gelten (bei bis zu einem fehlenden Zahn) folgende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge: - vom 1. bis 3. Kalenderjahr (KJ) insgesamt 7.500 EUR - ab dem 4. KJ bis 15.000 EUR pro KJ.  Bei 2 fehlenden Zähnen: 250 EUR im 1. KJ, 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ, ab dem 4. KJ bis 15.000 EUR pro KJ. Bei 3 fehlenden Zähnen: 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ, ab dem 4. KJ bis 15.000 EUR pro KJ.	Zu Beginn der Versicherung gelten nachstehende Erstattungshöchstbeträge für Zahnersatz und Kieferorthopädie: - insgesamt 1.600 EUR bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres - insgesamt 3.200 EUR bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres - insgesamt 6.400 EUR bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres ab dem 7. Versicherungsjahr unbegrenzt.	uni-introPrivat 300: Erstattungsfähiger Betrag (Höchstbetrag) für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie:  - 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr - 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr - 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr - 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr - 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr - 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr uni-ZZ: Erstattungsfähiger Betrag (Höchstbetrag) für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie: - 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr - 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr - 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr - 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr - 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr - 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr  Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays angerechnet.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Wenn die voraussichtlichen Kosten für Zahnersatz höher sind als 3.000 EUR, muss dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, ansonsten werden von dem 3.000 EUR übersteigenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrag nur 70% erstattet.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung auf 60%.	Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500,00 EUR überschreiten werden. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.500,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50 % gekürzt.	Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch empfohlen.	uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan erforderlich.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag. Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen festgelegten Betrag.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. "Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen)" und "funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)" zählen ebenfalls zur Zahnbehandlung.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Zahntechnische Leistungen bei Inlays werden zu 60% erstattet. Hinweis: Zahnärztliche Leistungen bei Inlays werden wie Zahnbehandlung zu 100% erstattet.	Die Krankenkassen zahlen seit Anfang 2005 für Inlays einen festgelegten Betrag (ca. 30,- €).

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Univera uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Sonstiges	<p>✔ Wenn Leistungsansprüche bei anderen Kostenträgern bestehen, werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Auf Verlangen muss die andere Leistung nachgewiesen werden.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahrtüchtigkeit, sofern diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.</p>			<p>✔ Ist für eine Zahnersatz- oder Kieferorthopädiemaßnahme eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig, so werden Material- und Laborkosten zu 80% erstattet.</p>	<p>✔ uni-ZZ: Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht. Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-ZZ versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.</p>	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✓ AM13, S1, Z9: Markteinführung: 03.2017 TA 6: Markteinführung: 01.2013 PPN: Markteinführung: 1995	✓ K 20, A90 100, Z100 80, KTV 6: Markteinführung: 01.2013	✓ einsA prima plus 1, T42 plus: Markteinführung: 01.2013	✓ PS3, PSV, T43, AZP: Markteinführung: 01.2013	✓ uni-introPrivat 300, uni-KT 43: Markteinführung: 01.2013 uni-SZ II plus, uni-ZZ: Markteinführung: 10.2016	
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✓ AM13, S1, Z9: Tarif ist aktuell.				✓ uni-SZ II plus, uni-ZZ: Tarif ist aktuell.	
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	✓ AM13, S1, Z9: Kein Vorgängertarif. TA 6: Markteinführung Vorgängertarif "TA 6": 1979	✓ K 20: Markteinführung Vorgängertarif "K20": 1972 KTV 6: Markteinführung Vorgängertarif "KTV 6": 2005 Z100 80: Markteinführung Vorgängertarif "Z100/80": 1990 A90 100: Markteinführung Vorgängertarif "A 90/100": 11.1973		✓ Markteinführung Vorgängertarif "T43": 2004	✓ uni-introPrivat 300: Markteinführung Vorgängertarif "introPrivat 300": 05.2005 uni-ZZ: Kein Vorgängertarif vorhanden.	
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein. Bei Beobachtungen/Untersuchungen/ Behandlungen z. B. in einem Krankenhaus und bei ambulanten Operationen beträgt der Abfragezeitraum 5 Jahre, bei Sucht-/ Kinderwunschbehandlung, Essstörung 10 Jahre (in allen anderen Fällen 3 Jahre).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre rückwirkend.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	✓ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ K 20, A90 100: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ PS3, PSV: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen (...) andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (...), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?".	✓ Ja, der Versicherer verzichtet im Antrag auf Fragen nach unbehandelten Beschwerden/Krankheiten in der Vergangenheit.	Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?".		Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten, Anomalien oder liegt eine Beeinträchtigung des Sehvermögens vor?".	
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	Keine Leistung vorhanden.	A90 100, Z100 80, PVN, KTV 6: Es liegen leider keine Informationen vor.	✓ 1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung 2 und 3 fehlende Zähne: begrenzte Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max. ....Jahre") ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung (im Regelfall)	✓ Eine Annahme ohne Erschweris ist bei einem fehlenden Zahn möglich. 2 bis max. 4 fehlende Zähne sind versicherbar mit Leistungsausschluss, ab 5 fehlende Zähne = Ablehnung.	✓ Einzelfallprüfung bei mehr als 2 fehlenden Zähnen (ggf. zahnärztlicher Untersuchungsbericht, Vereinbarung eines Leistungsausschlusses erforderlich).	✓ Keine Fragen zum Gesundheitszustand.
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✓ Kinder sind auch alleine versicherbar, sofern mind. ein Elternteil in einer PKV vollversichert ist.	✓ Wird für Kinder, die bereits das 6. Lebensjahr vollendet haben, ein Antrag gestellt, ohne das ein Elternteil bereits bei der AO versichert ist oder sich gleichzeitig bei der AO versichern möchte, werden für die Gesundheitsprüfung folgende Unterlagen benötigt: - alle U-Berichte - aktueller zahnärztlicher Befundbericht	✓ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✓ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✓ Kinder sind ab Vollendung des 16. Lebensjahres auch alleine versicherbar.	✓ Kinder sind auch alleine versicherbar.

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Ausland</b>						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	 AM13, S1, Z9: Es besteht - zeitlich unbegrenzt - weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.	 A90 100, Z100 80: Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu 3 Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem längeren Aufenthalt verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsschutz gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags fortzuführen, sofern dies spätestens drei Monate nach Beginn des Auslandsaufenthalts außerhalb von Europa beantragt wird.	 Während des ersten Monats eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über den einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.  Der Versicherungsschutz ist zeitlich unbegrenzt, wenn für die versicherte Person bei der Barmenia im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung u. a. sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus besteht. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen.	 Der Versicherungsschutz ist zeitlich nicht begrenzt.   Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Befreiung auf die Bundespflegeverordnung (BPFIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer nur zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Hinweis: Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.	 Dauert der Aufenthalt über die jeweils geltende Leistungsdauer von 3 bzw. 36 Monaten an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf der geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen. Während der Leistungsdauer und solange eine besondere Vereinbarung besteht, ist eine Beendigung der Versicherung ausgeschlossen. Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die Leistungsdauer überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50% der tariflichen Leistungen erhalten. Hinweis: Es besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	 Es besteht bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten nur Versicherungsschutz in Ländern mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen (Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich mit seinen überseeischen Departments Französisch-Guayana, Guadeloupe, Martinique und Réunion, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Spanien, Ungarn und Zypern (griechischer Teil)). Hinweis: GKV Höchstbeitrag: Es besteht bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten nur Versicherungsschutz in Ländern mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	 S1: Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport zur stationären Weiterbehandlung im Heimatland bei Krankheit oder Unfall: - bei einem versicherten Elternteil: inkl. der entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist - bei versicherten minderjährigen Kindern: inkl. der Kosten einer notwendigen Begleitperson Der Versicherer organisiert den Transport.  Im Todesfall sind die Kosten für die Überführung der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis maximal 12.000 EUR versichert. Bergungskosten werden bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall erstattet, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. private Unfallversicherung). AM13: Rücktransporte aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden.	 Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.	 PSV: Die Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland nach Deutschland werden erstattet. Dies gilt nicht, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist. Würde die Auslandsreise gegen ärztlichen Rat angetreten, erfolgt die Leistung nur im Falle eines Unfalls. Bei Auslandsreisen werden ferner nach dem Tod einer versicherten Person die Überführungskosten nach Deutschland oder Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung entstanden wären. Dieser Versicherungsschutz gilt für kurzfristige Auslandsreisen bis zu einer planmäßigen Dauer von drei Monaten. AZP: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden.	 Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Univera uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>✔ S1: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer).</p> <p>Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.</p> <p>Z9: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.</p> <p>AM13: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet wird auch eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.</p> <p>Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.</p>	<p>✔ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR ist die Fortsetzung möglich. Gegen einen vom Versicherer festgelegten Zuschlag entfällt die Begrenzung auf das deutsche Kostenniveau.</p>	<p>✘ Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.</p>	<p>✔ Bei Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat Europas (hierzu werden auch die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands gezählt) kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPFIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß der Tarifbedingung vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.</p>	<p>✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>	<p>✘</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>✔ S1: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer).</p> <p>Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.</p> <p>Z9: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.</p> <p>AM13: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet wird auch eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.</p> <p>Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.</p>	<p>✔ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR ist die Fortsetzung möglich. Gegen einen vom Versicherer festgelegten Zuschlag entfällt die Begrenzung auf das deutsche Kostenniveau.</p>	<p>✘ Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.</p>	<p>✔ Bei Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat Europas (hierzu werden auch die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands gezählt) kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPFIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß der Tarifbedingung vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.</p>	<p>✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>	<p>✘</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	AM13, S1, Z9: Ja. Bei Wohnsitzverlegung (es werden mehr als 182 Tage zusammenhängend in einem Staat außerhalb der EU/des EWR verbracht (vorübergehende Unterbrechungen zählen dabei mit zu dem Aufenthalt im Ausland)) kann das Vertragsverhältnis fortgesetzt werden; der Versicherer darf dann aber ab dem 183. Tag einen länderspezifischen Beitragszuschlag erheben, ansonsten endet das Versicherungsverhältnis oder kann in eine Anwartschaft umgestellt werden.	Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu drei Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem längeren Aufenthalt verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsschutz gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags fortzuführen, sofern dies spätestens drei Monate nach Beginn des Auslandsaufenthalts außerhalb von Europa beantragt wird.	Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird. Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).	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 Anwartschaft verlangt werden.	Dauert der Aufenthalt über die 36 Monate (s. "Weltweiter Versicherungsschutz mind. .... Monate") an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf der geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen. Während der Leistungsdauer und solange eine besondere Vereinbarung besteht, ist eine Beendigung der Versicherung ausgeschlossen. Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die 36 Monate überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50% der tariflichen Leistungen erhalten.	
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	AM13, S1, Z9: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten. Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).	Keine Leistung vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Ja, es besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung (und ein Optionsrecht auf Nachversicherung wahlweise eines Tarifes für eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine Pflegegeldversicherung mit max. 60 EUR Tagegeldleistung ohne erneute Wartezeiten/ Gesundheitsprüfung, sofern das Optionsrecht auf Höherversicherung nicht wahrgenommen wird).	Keine Leistung vorhanden.
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	AM13, S1, Z9: Bei Erreichen des 30., 35., 40., 45. oder 50. Lebensjahres kann der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umgestellt werden. Termin der Umstellung ist der 1. des Geburtsmonats; Antragstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: AM13, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.		Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere SB-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.		(Optionszeitpunkte für die Nachversicherung: - zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn, sofern dieser Stichtag nach Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt - zum Monatsersten nach Ablauf von 8 oder 13 Jahren oder danach kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren, je nachdem, welcher Terminer als letzter vor der Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt.) Hinweis: Optionszeitpunkte für die Höherversicherung: - einer (altersunabhängig): zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn - mehrere (vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person): zum Monatsersten nach Ablauf von 8 bzw. 13 Jahren ab Beginn und dann kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	 AM13, S1, Z9:  Ja, das Optionsrecht kann auch zu folgenden Ereignissen ausgeübt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Entsendung ins Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist,</li> <li>- bei Aufhalten im Ausland, die länger als 182 Tage zusammenhängend dauern,</li> <li>- einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit,</li> <li>- je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person,</li> <li>- bei Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt Ausbildung, Bachelor, Master, Staatsexamen), sofern eine der Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt wird.</li> <li>- bei Heirat/Eintragung einer Lebenspartnerschaft,</li> <li>- bei Scheidung/Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,</li> <li>- bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner, wenn beide Partner nach diesem Tarif versichert sind. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs,</li> <li>- bei einer Einkommenserhöhung von mindestens 20% innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit (bei Selbstständigen: Einkommensnachweis der letzten 3 Jahre erforderlich).</li> </ul> <p>Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses, welches nachzuweisen ist, beantragt werden. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: AM13, S1, Z9: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.</p>		 Es ist anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten: Zusätzlich innerhalb von 15 Versicherungsjahren zu folgenden Anlässen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abschluss Berufsausbildung</li> <li>- einmalig bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestelltentätigkeit und Selbstständigkeit</li> <li>- Entsendung der versicherten Person ins Ausland</li> </ul> Nach Reduktion des Versicherungsschutzes (max. 2 mal, Rückumstellung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif)		Nein, es besteht kein anlassbezogenes Optionsrecht.	
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	 AM13, S1, Z9: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.		 Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.		 Bei einem Wechsel zum 3. Optionstermin (nach Ablauf von 13 Jahren) kann der Versicherer einen Risikozuschlag von max. von 40% verlangen. Ab dem 4. Optionstermin ist ein Risikozuschlag von max. 60% möglich. Hinweis: Der Wechsel zum 1. und 2. Optionstermin (nach Ablauf von 3 bzw. 8 Jahren) ist ohne Gesundheitsprüfung möglich.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	 S1: Ja, es gibt keine Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. Z9: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIz der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig. AM13: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIa der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig.		 Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.		 Eine Umstellung ist in alle verkaufsoffenen Tarife möglich (Stand 04.2014).	
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	 AM13, S1, Z9: Ja, der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass auch ein mitversichertes Kind in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne Gesundheitsprüfung umgestellt wird: - gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, - einmalig bei Abschluss der Schulausbildung, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums. Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses beantragt werden.		 Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.		Nein. Das Optionsrecht gilt nicht für Personen, die im Rahmen der Kindernachversicherung versichert wurden.	
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	 AM13, S1, Z9: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.		Das Optionsrecht besteht nur dann, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenvollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand.		Sofern vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat, gilt das Optionsrecht nicht (eine Krankheitskostenvollversicherung, die zuvor beim Versicherer ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung geführt wurde oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung zählt nicht als Vorversicherung).	
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	 AM13, S1, Z9: Das "normale" Optionsrecht muss spätestens zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden. Hinweis: AM13, S1, Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.		 Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.		 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Das erste Optionsrecht (nach Ablauf von drei Jahren) kann altersunabhängig ausgeübt werden, die weiteren Optionsrechte nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	<p>✓ AM13: Versichert sind insgesamt drei ambulante (und stationäre) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).</p> <p>S1: Versichert sind insgesamt drei stationäre (und ambulante) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).</p>	<p>Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80%, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht und der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen (zu 80%).</p>	<p>✓ Erstattet werden insgesamt drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat und Erfolgsaussichten bestehen. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>AZP: Ambulant: Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% der ärztlichen, psychotherapeutischen und medikamentösen Kosten von zwei, max. jeweils 6 Monate dauernden, Entwöhnungsbehandlungen bei stoffgebundener Abhängigkeit (keine Nikotinsucht), soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet.</p> <p>PS3: Stationär: Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% der allgemeinen Krankenhausleistungen für eine max. 6-wöchige Entwöhnungsbehandlung bei stoffgebundener Abhängigkeit (keine Nikotinsucht) in einem entsprechend qualifizierten Krankenhaus, das von der GKV dafür zugelassen ist, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht und bisher noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgt ist (auch nicht durch Finanzierung eines anderen Kostenträgers).</p>	<p>Sofem kein anderer Kostenträger leistet, werden nach vorheriger Zusage bei stoffgebundenen Suchterkrankungen (keine Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt max. drei Entwöhnungsbehandlungen zu 70% erstattet, bis zu einer Dauer von jeweils sechs Monaten (ambulant) bzw. drei Monaten stationär.</p> <p>Entziehungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig.</p>	
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✓ Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind versichert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Behandlungsbeginn die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und</li> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein durch künstliche Befruchtung überwunden werden kann und</li> <li>- die Behandlung bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und</li> <li>- eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht und</li> <li>- nur Ei- und Samenzellen der jeweiligen Paare verwendet werden.</li> </ul> <p>Erstattungsfähig sind während der gesamten Vertragslaufzeit bis zu 8 Inseminationen sowie 8 Versuche der In-vitro-Fertilisation/IVF und/oder Intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI. Hat eine an der Behandlung beteiligte, aber nicht bei uns versicherte Person einen Anspruch auf Leistung bei einem anderen Kostenträger, müssen nur die nach Vorleistung des anderen Kostenträgers (z. B. GKV) verbleibenden Kosten erstattet werden. Der Versicherer empfiehlt zur Vermeidung möglicher Leistungskürzungen, vorab Art und Umfang der Behandlung über ihn zu klären.</p>	<p>✓ Reproduktionsmedizinische Maßnahmen sind zu 100% erstattungsfähig.</p>	<p>✓ In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✓ In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>Aufwendungen für assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch sind nicht erstattungsfähig.</p>	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	Keine Leistung vorhanden.	<p>✔ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld bezieht und sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mindestens 8 Monate im Tarif einsA prima+ versichert ist.</p> <p>Bei einer Hausentbindung (muss ausdrücklich als solche in der Rechnung bezeichnet werden) wird einmalig eine Pauschale von 500 EUR gezahlt (keine Anrechnung auf die Selbstbeteiligung).</p> <p>Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden erstattet, sofern nach ärztlichen Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).</p>	<p>✔ Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von 1.000 EUR gezahlt.</p>	<p>✔ Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht. Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-introPrivat versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.</p>	Bezieher von Erziehungsgeld bleiben in der GKV beitragsfrei weiter versichert, wenn sie dort Pflichtmitglied waren. Wenn freiwillig Versicherte Erziehungsgeld erhalten, müssen sie zusätzlich für sonstige Einkünfte Beiträge entrichten. Dies bedeutet beispielsweise auch, dass freiwillig versicherte, nicht erwerbstätige Mitglieder, deren Beitragsbemessung auf der anteiligen Zurechnung von Erwerbseinkommen des nicht gesetzlich krankenversicherten Ehegatten beruht, während des Erziehungsgeldbezugs den gleichen Beitrag wie vorher zu entrichten haben, da der Unterhalt aus dem Verdienst des Ehegatten nicht entfällt.
Garantierte Beitragsrückerstattung?	AM13, Z9: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	✔ Die Beitragsrückerstattung (= tarifliche Pauschalerstattung) ist vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreiem Jahr?	<p>✔ S1: Es wird keine Beitragsrückerstattung aus diesem Tarif gezahlt.</p> <p>AM13: Die BRE beträgt zzt. 3 Monatsbeiträge für ein - im ambulanten Bereich - leistungsfreies Kalenderjahr (anteilige BRE bei unterjährigem Beginn).</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich.</p> <p>Z9: Die BRE beträgt zzt. 3 Monatsbeiträge für ein - im Zahnbereich - leistungsfreies Kalenderjahr (anteilige BRE bei unterjährigem Beginn).</p> <p>Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).</p>	<p>✔ Die BRE beträgt: - 2 Monatsbeiträge bei Leistungsfreiheit* in 2018 und 2017 - 3 Monatsbeiträge bei Leistungsfreiheit* in 2018 und 2017 - 4 Monatsbeiträge bei Leistungsfreiheit* in 2018 und 2017 und 2016 * (ambulant, stationär und zahnärztlich)</p> <p>Grundlage für die Berechnung eines Monatsbeitrages ist 1/12 des Jahresbeitrages des ambulanten Tarifes ohne gesetzlichen Zuschlag.</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen nach den Gebührensnummern 23-29, 687-688 (GOÄ) und 0010, 1000, 1010, 1020, 1040, 2000, 4050, 4055, 4060 (GOZ) gefährden nicht den BRE-Anspruch.</p> <p>Bei einem unterjährigem Versicherungsbeginn in 2018 wird die BRE anteilig berechnet.</p>	<p>✔ Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt zzt.: 1 Monatsbeitrag für 1 leistungsfreies Jahr 1,5 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Jahre 2,0 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Jahre 2,5 Monatsbeiträge für 4 leistungsfreie Jahre 3,0 Monatsbeiträge für 5 und mehr leistungsfreie Jahre</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und zahnprophylaktische Leistungen bzw. die Entbindungspauschale sind BRE-unschädlich, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen entsprechend bezeichnet sind bzw. erkennbar ist, dass es sich um eine Hausentbindung gehandelt hat.</p>	<p>✔ Hat eine versicherte Person für ein Versicherungsjahr keine Leistungen in Anspruch genommen, so erhält der Versicherungsnehmer eine Pauschalerstattung in Höhe der Hälfte des tariflichen Zahlbeitrags. Dies erfolgt ab Versicherungsbeginn durch Stundung eines entsprechenden Beitragsanteils.</p> <p>⚠ Nimmt die versicherte Person für ein Versicherungsjahr Leistungen in Anspruch, so entfällt der Anspruch auf Pauschalerstattung für das gesamte Versicherungsjahr, in dem die Behandlung stattgefunden hat, sowie für das folgende Versicherungsjahr. Werden Leistungen für zwei unmittelbar folgende Versicherungsjahre in Anspruch genommen, entfällt der Anspruch auf die Pauschalerstattung für ein weiteres Versicherungsjahr. Für jedes weitere unmittelbar folgende Versicherungsjahr mit Leistungen verlängert sich der Zeitraum ohne Anspruch auf Pauschalerstattung um jeweils 12 Monate. Bei Beendigung des Tarifs werden die noch ausstehenden gestundeten hälftigen tariflichen Zahlbeiträge sofort fällig.</p> <p>Hinweis: Die im Rahmen des Programms für Vorsorgeuntersuchungen durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen (freiwillige Leistungen des Versicherers; Art und Umfang der Leistungen werden jedes Jahr neu festgelegt) haben keinen Einfluss auf die Pauschalerstattung.</p>	<p>✔ Die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit beträgt zzt.:</p> <p>1,0 Monatsbeitrag (MB) für 1 bis 2 Kalenderjahre (KJ) 1,5 MB für 3 bis 4 KJ 2,0 MB für 5 KJ 2,5 MB für 6 KJ 3,0 MB für 7 KJ 3,5 MB für 8 KJ 4 MB für 9 oder mehr KJ</p> <p>anteilige BRE bei unterjährigem Beginn</p>	Keine Leistung vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	✔ Wartezeiten bestehen nicht.	A90 100, Z100 80: Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Bei Zahnbehandlung wird auf die Einhaltung der besonderen Wartezeit verzichtet. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Die allgemeine Wartezeit entfällt zusätzlich bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber. Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz (Zahnprothetik, Stützähne, Brücken, Überkronungen sowie Implantate) und Kieferorthopädie verkürzt sich auf 6 Monate.	Personen, die aus der GKV, einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind und im unmittelbaren Anschluss daran zur uniVersa wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Ein Wartezeitenerlass kann auch mit einer ärztlichen/zahnärztlichen Untersuchung innerhalb eines Monats ab Antragstellung beantragt werden. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, umfasst der Versicherungsschutz auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Behinderungen).	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt.	✔ Bei Kündigung nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 verpflichtet sich der Versicherer zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Die Zusatzversicherung muss dabei in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen und der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✘ Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1. a MB/KK)?	✔ Ja. Leistungspflicht besteht für Folgen von Kriegereignissen außerhalb Deutschlands, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Land vor Beginn des Aufenthalts im Ausland keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist. Durch Terrorereignisse verursachte Krankheiten und Folgen eines Unfalls sind weltweit versichert.  Für durch Kriegereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte Krankheiten sowie deren Folgen und Folgen von Unfällen und Todesfälle wird nicht geleistet.	✔ A90 100, Z100 80: Ja, sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine Kriegereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegereignisse verursacht werden.  Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 Abs.1 a) MB/KK 2009.	✔ Ja, terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des Absatz 1. a).	✔ Ja, Leistungspflicht besteht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht sind, sofern das auswärtige Amt nicht bereits vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Für anerkannte, nach Versicherungsbeginn eingetretene Wehrdienstbeschädigungen (§§ 80 ff. Soldatenversorgungsgesetz) und deren Folgen besteht Anspruch auf die tariflichen Leistungen für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld bleiben von der Vorleistung durch die gesetzliche Heilfürsorge unberührt.	✔ Leistungspflicht besteht für Terroranschläge sowie während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht worden sind. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird ebenfalls geleistet (Leistungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern werden angerechnet).	✔ Leistungspflicht besteht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	<p>✔ Der Vertrag wird in der Regel für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.</p>	<p>✔ A90 100, Z100 80: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.</p> <p>Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.</p>	<p>✔ Die Kündigungsfrist beträgt 2 Monate. Für Versicherte besteht nach einem Kassenwechsel grundsätzlich eine Bindungsfrist von 18 Monaten (Erhöht die bisherige Krankenkasse jedoch den Beitragssatz, gilt diese Bindungsfrist nicht mehr, ebenso bei einem Wechsel in die private Krankenversicherung für freiwillig Versicherte).</p>
Sonstiges	<p>✔ Der Versicherer bietet Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall, beispielsweise medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen), zu finden unter: <a href="http://www.sdk.de">www.sdk.de</a>.</p>		<p>✔ Beitragsbefreiung - bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 für die Dauer der Pflegebedürftigkeit - ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts (jedoch nicht bei Anschlussheilbehandlungen sowie bei Aufhalten, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)</p>	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<b>Krankentagegeld</b>						
Ist das Tagegeld bei Arbeitnehmern auch über Nettoeinkommen versicherbar?	✔ Das Krankentagegeld kann max. bis zum Nettoeinkommen zzgl. der Versicherungsbeiträge für die gesetzliche Rentenversicherung sowie der privaten Krankenversicherung (inkl. Pflegepflichtversicherung) versichert werden.	✔ Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei Arbeitnehmern: 1/12 des jährlichen Nettoeinkommens zuzüglich der Beiträge für die Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. gleichzusetzende berufsständische Versorgungswerke (Bemessungsgrundlage sind 80% des Arbeitsentgeltes, max. 80% der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung).	⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist das Nettoeinkommen bei Antragstellung bzw. bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherten auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/ Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	✔ Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Anstelle des Nettoeinkommens der versicherten Person gelten als Bemessungsgrundlage 80 % der nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Summe der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit in Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.	✔ Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden: a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und an die Bundesanstalt für Arbeit, soweit diese vom Krankentagegeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden, c) Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung.	Der Krankengeldanspruch beträgt in der Regel 70 % des Bruttoverdienstes, maximal 90 % des Nettoarbeitsentgeltes (jeweils begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzl. Krankenversicherung).
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten (bei Verkürzung der Karenzzeit)?	✔ Beim Wechsel in die Selbstständigkeit kann die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten in Tarife mit kürzerer Karenzzeit ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten wechseln. Dies gilt auch für Arbeitnehmer, wenn sich die Dauer der Lohnfortzahlung verkürzt.	✔ Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagelgedsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind - ggf. mit besonderen Vereinbarungen.	✔ Der Versicherte verpflichtet sich, den Versicherungsschutz zum Ersten des auf den Antrag des Versicherungsnehmers folgenden Monats ohne die sonst übliche Risikoprüfung und unter Verzicht auf Wartezeiten den geänderten Verhältnissen anzupassen, wenn und soweit durch eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Krankheitsfall oder Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit der Wechsel nach einer Tarifstufe mit geringeren Karenzzeiten erforderlich wird.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagelgedsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	✔ In der gesetzlichen Krankenversicherung wird keine Gesundheitsprüfung vorgenommen.
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	✔ Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos im Sinne des Arbeitsförderungsgesetzes, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	✘ Es wird nicht über die Regelungen der MB/KT hinaus geleistet. Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	✔ Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.  Wird die versicherte Person arbeitslos und hat grundsätzlich Anspruch auf gesetzliche Leistungen, endet das Versicherungsverhältnis nicht, es erfolgt jedoch eine Herabstufung des Tagelgedsatzes (für gekürzten Satz kann eine Anwartschaft vereinbart werden). Das Versicherungsverhältnis endet erst, wenn feststeht, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder auf Grund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.	✔ Die Krankentagegeldversicherung wird fortgesetzt, solange die versicherte Person vorübergehend arbeitslos ist, sich aber sogleich und ernsthaft (Einschalten Arbeitsamt/Arbeitsvermittlungstellen, regelmäßige/ernsthafte Bewerbungen auf dem freien Arbeitsmarkt - muss ggf. nachgewiesen werden) um die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bemüht und sich diese Bemühungen aufgrund objektiver Umstände nicht als aussichtslos darstellen; ansonsten endet das Versicherungsverhältnis und kann für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit als Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden (muss innerhalb von 2 Monaten nach der Mitteilung des Versicherers über die Beendigung beantragt werden).	✔ Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15a) auf zwölf Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. Unberührt bleibt § 15b).	✘ Während des Bezuges von Arbeitslosengeld ruht der Krankengeldanspruch. Bei Bezug einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente erlischt der Anspruch.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Ist das Tagegeld bei Selbständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?	✔ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht. Zusätzlich zum "Nettoeinkommen" kann auch der Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung (SDK) versichert werden.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherten auch eine Krankheitskostenvollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebsentnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.	✔ Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht. Anstelle des Nettoeinkommens der versicherten Person gelten als Bemessungsgrundlage 80 % der nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Summe der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit in Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.	✔ Als Nettoeinkommen gilt bei Selbständigen der vereinbarte Vomhundertsatz - höchstens jedoch 75 Prozent - des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern in den letzten zwölf Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden: a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzl. Rentenversicherung, b) Pflichtbeiträge zur gesetzl. Rentenversicherung und an die Bundesanstalt für Arbeit, soweit diese vom Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden, c) Beiträge zu einer privaten Krankenvers.	⚠ Das Krankengeld beträgt 70 % des letzten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts, maximal 90 % des Nettoarbeitsentgelts (bei Selbständigen/ Freiberuflern: Arbeitsentgelt = Gewinn vor Steuern). Die Beitragsbemessungsgrenze nach SGB (Sozialgesetzbuch) beschränkt zusätzlich die Höhe des Krankengeldes. Der maximale Krankengeldanspruch beträgt pro Tag 83,13 EUR bzw. 2.493,30 EUR monatlich (Stand 2006). Hinweis: Der maximale Krankengeldanspruch beträgt pro Tag 83,13 EUR bzw. 2.493,30 EUR monatlich (Stand 2006).
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	✔ Ja, laut Barmenia-Existenzgründer-Zertifikat vom 26.04.2010 können Existenzgründer bis zu 60 EUR pro Tag (Freiberufler mit eigener Kanzlei/Büro und Handwerksmeister mit eigenem Betrieb bis zu 120 EUR pro Tag) absichern, ohne dass im Leistungsfall eine Kürzung aufgrund eines zu geringen Einkommens vorgenommen wird.		Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✔ Besteht bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person spätestens nach Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✖ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✖ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✔ Krankengeld wird bis zur Anerkennung einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente gezahlt. Der Krankengeldanspruch verringert sich um evtl. Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung.
Endet der KT-Anspruch nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente?	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✖ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✖ Nein. Der Bezug einer Berufsunfähigkeits-/ Erwerbsminderungsrente steht der Berufsunfähigkeit im Sinne der MB/KT 2009 (§§ 11 und 15 Abs. 1 Buchst. b) gleich.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✖ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	✔ Verdienst-Sicherungs-Programm (VerSiPro) bei gleichzeitigem Abschluss einer BU-Versicherung bei der Barmenia Lebensversicherung a.G. Die Barmenia leistet bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder bei dauerhafter Berufsunfähigkeit. Die Barmenia prüft die Ansprüche "aus einer Hand". Keine zeitliche Verzögerung beim Übergang des Krankentagegeldes auf die Berufsunfähigkeitsrente.	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	✔ Nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht). Weitere Voraussetzungen: Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit (Risiko-)Lebens- oder Rentenversicherung bei der unVersa Lebensversicherung a.G., Einstufung in die Berufsgruppen 1 bis 3 der BUZ-Annahmerichtlinien und Beantragung von unisafe!HQ mittels eines speziellen Antragsformulars.	Die gesetzliche Krankenversicherung bietet keine Berufsunfähigkeitsversicherung an.

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzlichen Trägers?	✔ Abweichend von § 5 (1) g) MB/KT 94 wird während einer Kuroder Sanatoriumsbehandlung sowie während einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers Krankentagegeld gezahlt, wenn – die medizinische Notwendigkeit für Art und Dauer dieser Behandlung bzw. Maßnahme durch ein ausführliches ärztliches Attest nachgewiesen wird und – unmittelbar vor ihrem Beginn eine seit mindestens vier Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z.B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.	✔ Nach einem stationären Krankenhausaufenthalt werden die Leistungen auch bei notwendigen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erbracht, wenn die Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes anerkannt worden ist.	✔ Bei einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers wird geleistet, sofern vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens 14 Tage vor der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme bestand. Zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbrachte Zahlungen eines Rehabilitationsträgers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.	✔ Für Arbeitsunfähigkeit bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit kann Krankentagegeld gezahlt werden, wenn der Versicherer dieses aufgrund eines ausführlichen Attestes vorher zugesagt hat.	✔ Abweichend von § 5 (1) g) wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.	✔ Ja, bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit besteht Krankengeldanspruch.
Wird auf den Ausschluss wegen Alkoholgenuß verzichtet?	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.  Das Krankentagegeld wird auch bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund der insgesamt ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen (auch wg. nicht stoffgebundener Suchterkrankungen) gezahlt - zu 80%, wenn Erolgsaussichten bestehen und wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.
Sind Entziehungsmassnahmen mitversichert?	✘ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✘ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✔ Leistungen werden bei den ersten drei Entziehungsmaßnahmen erbracht.	✘ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✘ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✘ Die GKV sieht keine Einschränkung vor.
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt - Einziges geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz	✘ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat	✔ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt"	✔ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - Anschlussheilbehandlung"	✘ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat	✘ Die GKV sieht keine Einschränkung vor.
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?			Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.			✔ Ein Leistungsanspruch besteht, wenn - der Versicherungsnehmer ist berufstätig und kein Arbeitsentgelt in der Zeit erhält, während dieser sein Kind pflegt - das Kind ist gesetzlich versichert - im Haushalt gibt es niemanden, der an Stelle des Elternteils das Kind pflegen könnte - der Versicherungsnehmer hat selbst einen Anspruch auf Krankengeld - ein Arzt bescheinigt, dass das erkrankte Kind beaufsichtigt, betreut oder gepflegt werden muss. - das Kind ist jünger als 12 Jahre (wenn es behindert und auf Hilfe angewiesen ist, gibt es keine Altersgrenze)

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?	<p>✔ Abweichend von § 5 (1) d) MB/KT 94 besteht ausserhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Dies gilt sinngemäß auch für Selbständige.</p>	<p>✔ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Leistungsanspruch besteht im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbot werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✔ Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt findet außerhalb der Mutterschutzfristen keine Anwendung. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.</p>	<p>✔ Bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt, Entbindung besteht Anspruch auf das tarifliche Krankentagegeld. Während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis wird für die Zeit der stationären Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungshaus - ohne Rücksicht auf die tariflichen Karenzzeiten - das Krankentagegeld gezahlt (gilt auch für selbstständig Tätige).</p> <p>Während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag zahlt der Versicherer - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (bemisst sich sinngemäß nach den Tarifbedingungen b und c zu § 4 Abs. 2 MB/KT 2009 und b zu § 4 Abs. 2 bis 4 MB/KT 2009) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✔ Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei Fehlgeburt, bei Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer, eugenischer und ethischer Indikation sowie bei durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Die Bestimmungen über die Mutterschutzfristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.</p>	<p>✔ Leistungspflicht besteht auch bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.</p>
Wird eine Entbindungspauschale gezahlt?	<p>✔ Entbindungspauschale in Höhe des zwölfwachen Krankentagegeldes.</p>			<p>✔ Während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen wird für die Zeit der stationären Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungshaus - ohne Rücksicht auf die tariflichen Karenzzeiten das Krankentagegeld gezahlt.</p>	<p>✔ Entbindungspauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes.</p>	<p>Es wird keine Entbindungspauschale gezahlt.</p>

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
<p>Gelten Bedingungsverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?</p>	<p> Nein, ausserhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.</p>	<p> Nein, ausserhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.</p>	<p> Bei einem Aufenthalt im Ausland wird für dort eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, bei einer versicherten Tarifstufe mit längerer Karenzzeit entsprechend später, bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.</p>	<p> Nein, ausserhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.</p>	<p> Nein, ausserhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.</p>	<p> Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland.</p>
<p>Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/Rückreise mgl.)</p>	<p>Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.  Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.</p>	<p>Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.  Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.</p>	<p> Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.</p>	<p>Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.  Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.</p>	<p>Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.  Ausnahme: vorherige schriftl. Zusage oder vorherige Mitteilung an Versicherer. Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung.</p>	<p>Die GKV sieht keine Einschränkung vor.</p>
<p>Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?</p>	<p> Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeiten zusammengezählt. Für Selbständige gilt dies sinngemäß.</p>	<p> Tritt innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.</p>	<p> Wird innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ärztlich festgestellt, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.</p>	<p> Tritt innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.</p>	<p> Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, so werden sie bei Beginn der Krankentagegeldleistungen ebenfalls zusammengefasst.  Hinweis: Selbständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.</p>	<p> Bei stationärer Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge-/Reha-Einrichtung entsteht ein Krankengeldanspruch ab Beginn. In anderen Fällen wird Krankengeld aufgrund derselben Krankheit für max. 78 Wochen gezahlt. Es ruht während des Bezuges von Arbeitseinkommen.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMerkur AZP PS3 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederungsversuch?	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mind. dreimonatiger Dauer, für die die ALTE OLDENBURGER (AO) Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit, zahlt die AO für längstens 91 Tage die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Teilarbeitsunfähigkeit (AU) im Sinne dieser Bestimmung liegt vor, solange eine AU von mindestens 50 % besteht, die stufenweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit mediz. angezeigt ist u. ärztlich bescheinigt wird.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	Der Versicherer leistet bei Teilarbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmern, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50%, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht. Es wird für maximal vier Wochen die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes gezahlt. Das Krankentagegeld darf zusammen mit etwaigen Entgeltzahlungen des Arbeitgebers das Nettoeinkommen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigen. Hinweis: Der Leistungsanspruch besteht nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	Während einer schrittweisen Wiederaufnahme der Arbeit bleibt der Krankengeldanspruch erhalten. Bei Arbeitnehmern, die in dieser Zeit ein Gehalt für ihre Arbeit erhalten, verringert sich das Krankengeld entsprechend (max. vorherigeres Nettoeinkommen). Wer als Selbstständiger eine Wiedereingliederung durchführt, erhält ebenfalls weiter Krankengeld. Es wird anteilig für die Stunden gekürzt, in denen der Selbstständige gearbeitet hat.
Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?	Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern mindestens alle 3 Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einem versicherten Krankentagegeld von mindestens EUR 25,- das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Dabei wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt. Sofern eine darüber hinausgehende Erhöhung des Nettoeinkommens nachgewiesen wird, erfolgt diese Anpassung aufgrund der individuellen Entwicklung des Nettoeinkommens. Für Arbeitnehmer wird auch ausserhalb des 3-Jahres-Zeitraumes bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagegeld angepasst.	Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern mindestens alle drei Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einem versicherten Krankentagegeld von mindestens EUR 30,- das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Dabei wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt.	Der Versicherungsnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragen. Der Versicherungsschutz kann insoweit angepasst werden, dass maximal die Erhöhungen des Nettoeinkommens der dem Anpassungszeitpunkt vorausgegangenen zwei Jahre ausgeglichen werden.  Der Versicherer wird ferner dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zum Ausgleich eines veränderten Nettoeinkommens anbieten.	Der Versicherer verpflichtet sich, den Versicherungsschutz zum Ersten des auf den Antrag des Versicherungsnehmers folgenden Monats ohne die sonst übliche Risikoprüfung und unter Verzicht auf Wartezeiten den geänderten Verhältnissen anzupassen, wenn und soweit durch eine Änderung der regelmäßigen Einkünfte eine Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes notwendig ist, um das vorherige prozentuale Verhältnis des Krankentagegeldes zu den Einkünften wiederherzustellen.	Dem Versicherungsnehmer wird alle zwei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen. Die Anpassung wird allen Versicherungsnehmern angeboten, deren Vertrag zur Zeit der Anpassung mindestens ein Jahr bestanden hat und für die ein Krankentagegeld von mindestens 15 EUR versichert ist. Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich bei Arbeitnehmern die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe, wenn diese spät. 2 Mnote nach Änderung beantragt wird)	In der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Krankengeld automatisch ohne Gesundheitsprüfung an das Einkommen angepasst. Der maximale Krankengeldanspruch beträgt pro Tag 83,13 EUR bzw. 2.493,30 EUR monatlich (Stand 2006).
Wird bei einem stationärem KH-Aufenthalt früher geleistet?	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei stationärer Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge-/Reha-Einrichtung entsteht ein Krankengeldanspruch ab Beginn.
<b>Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht</b>						
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht bei GKV-Versicherten?	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht, er beschränkt es jedoch auf den Ablauftermin des 2. und 3. Versicherungsjahres.	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei einer anderer PKV besteht?	Selbstständige: Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht. Hinweis: Arbeitnehmer: Information wird nachgeliefert/Antwort des Versicherers steht noch aus	Tarif nur in Verbindung mit PKV-Voll beim selben Versicherer versicherbar - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Selbstständige: Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht, er beschränkt es jedoch auf den Ablauftermin des 2. und 3. Versicherungsjahres.  Arbeitnehmer: Für den Versicherer ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen, sofern der Krankentagegeldtarif arbeitgeberzuschussfähig ist und der Arbeitgeber auch bei solo bestehender Krankentagegeldversicherung den Zuschuss gewährt (ansonsten beschränkt er das Kündigungsrecht auf den Ablauftermin des 2. und 3. Versicherungsjahres).	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Krankengeld ist in der GKV nicht alleine versicherbar.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Süddeutsche AM13 S1 Z9 PPN TA 6	Alte Oldenburger A90/100 K20 Z100/80 PVN KTV 6	Barmenia einsA prima+ 1 PVN T42+	HanseMercur AZP P53 PSV PVN T43	Universa uni-introPrivat 300 uni-SZ II plus uni-ZZ PVN uni-KT 43	GKV GKV Arbeitnehmer (DAK) PVN KT43
<b>Monatsbeitrag:</b>	705,24 €	737,03 €	591,17 €	710,19 €	479,70 €	880,29 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	91 %	79 %	77 %	76 %	65 %	52 %
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei ihm besteht?	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✘ Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.
<b>Krankentagegeld</b>						
Ist ein Abschluss möglich, wenn die PKV bei einem anderen Versicherer besteht?	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden - auf den Krankentagegeldtarif fällt dann ein 40%iger Beitragszuschlag an.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden.	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	
Mindestvertragsdauer	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr beginnt am 01.07. und endet am 30.06. eines Jahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	
Sonstiges?	✔ Bei Entbindungen wird nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine Pauschale in Höhe des zwölffachen Krankentagegeldes gezahlt, höchstens jedoch das 60fache des Monatsbeitrages.	✔ Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mind. dreimonatiger Dauer, für die die ALTE OLDENBURGER (AO) Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit, zahlt die AO für längstens 91 Tage die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Teilarbeitsunfähigkeit (AU) im Sinne dieser Bestimmung liegt vor, solange eine AU von mindestens 50 % besteht, die stufenweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit mediz. angezeigt ist u. ärztlich bescheinigt wird.	✔ Besteht für einen Arbeitnehmer während der ersten vier Wochen eines Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, wird das vereinbarte Krankentagegeld auch nach einer Karenzzeit von drei Tagen für jeden Tag einer völligen Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum Ablauf der vierten Woche des Arbeitsverhältnisses gezahlt.		✔ Bei Entbindungen erhalten weibliche Versicherte gegen Vorlage einer Geburtsurkunde ein pauschales Tagegeld in Höhe des zehnfachen des versicherten Krankentagegeldes (Entbindungsgeld).	⚠ Versicherte haben Anspruch auf Krankentagegeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes (sofern das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde) der Arbeit fernbleiben und eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann. Die Bezugsdauer beim Kinderkrankentagegeld beträgt zehn Tage für jedes Kind, bei Alleinerziehenden 20 Arbeitstage. Für Versicherte mit mehr als zwei Kindern sind jedoch Grenzen gesetzt. Sie können sich maximal für 25 (Alleinerziehende 50) Arbeitstage im Kalenderjahr von der Arbeit freistellen lassen. Hinweis: Bei Arbeitsunfähigkeit wird Krankentagegeld wegen der gleichen Krankheit für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt - gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzukommt, verlängert sich dadurch nicht die Dauer der Krankentagegeldzahlung.  Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankentagegeld ruht oder für die das Krankentagegeld versagt wird, werden wie Zeiten des Bezugs von Krankentagegeld angesehen.