

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Musteranalyse Beamtenanwärter

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

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

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname: Musteranalyse
Nachname: Beamtenanwärter
Geburtsdatum: 03.03.1999
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Beamtenanwärter/in
Status: Versicherungsnehmer
Beihilfesatz: 50 %
Beihilfeträger: Bund

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.02.2020
Tarifgebiet: West
Tarifarten: Krankenvollversicherung

Vorgeschlagene Tarife

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

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
Barmenia	BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	91,45 €
Signal Iduna	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	77,92 €
AXA - DBV	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	66,42 €
Continentale	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	64,03 €
HanseMerkur	KB/50 KBE PVB	61,07 €
Allianz	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)	49,23 €

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

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

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

Barmenia		Signal Iduna		AXA - DBV		Continentale		HanseMerkur		Allianz	
BVBA13U	42,84 €	R-KOMFORT-B 50	57,88 €	VisB 50T-UA	46,23 €	BO COMFORT-B/50	42,60 €	KB/50	38,00 €	BHRA50	24,66 €
Kompakttarif für Beihilfeberechtigte: Ambulant, Regel- u. Wahlleistungen im Krankenhaus (1- o. 2-Bettzimmer, Wahlarzt), Zahnbehandlung, Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Tarif für Beamtenanwärter und deren Ehegatten u. Kinder. Erstattungssatz 30% Tarifstand: 01.01.2020	Ambulant: 50% Ambulante Heilbehandlung mit Hausarztprinzip 50% Heilpraktiker bis 500 € Rechnungsbetrag p.a. 37,5% Heilmittel (bei schweren Erkrankungen 50%) 50% Psychotherapie Stationär: 50% Regelleistungen Zahn: 50% Zahnbehandlung 40-50% Zahnersatz bei regelm. Zahnvorsorge 50% Kieferorthopädie nach erfolgr. Abschluss Tarif für Beihilfeberechtigte in Ausbildung (Referendare im Schuldienst/ Lehramtsanwärter sind auch in der Altersgruppe 34-38 versicherbar) Tarifstand: 01.01.2018	Kompakttarif für Beihilfeberechtigte: ambulante Behandlung (80% Arznei-/ Verbandmittel bis 1.000,- € RB, darüber 100% - des versicherten Prozentsatzes) Regelleistungen (einschl. Belegarzt) im Mehrbettzimmer Zahnbehandlung, Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Zuschlag für Raucher: 17% Versicherter Prozentsatz: 50% Ausbildungstarif (Baden-Württemberg: für Beamte, die vor dem 1.1.2013 eingestellt wurden) Tarifstand: 01.01.2017	Ambulant: 50% Ambulante Heilbehandlung 50% Heilpraktiker 50% Psychotherapie (max. 50 Sitzungen p.a.) Stationär: 50% Regelleistungen 50% Mehrbettzimmer Zahn: 50% Zahnbehandlung 50% Zahnersatz 50% Kieferorthopädie (Tarif für Beihilfeberechtigte in Ausbildung) AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.7.18 - 7e.10500/06.18; Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), Stand 1.7.18 - 7e.10097/07.18 Besondere Bedingungen für Beamte auf Widerruf (BO), Stand: 1.10.18 - 7e.10112/06.18 Tarifstand: 01.10.2018	Kompakttarif: ambulante Behandlung stationäre Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt) Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie Erstattungssatz 50% Tarif für Beamtenanwärter (Ausbildungstarif) und deren nicht berufstätige Ehegatten/Lebenspartner Beitrag bleibt während der gesamten Versicherungsdauer (= max. 48 Monate) unverändert. Tarifstand: 12.09.2017	Ambulant: 50% Ambulante Heilbehandlung (Tarif für Beihilfeberechtigte in Ausbildung) Tarifstand: 01.09.2019						

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		Signal Iduna		AXA - DBV		Continentale		HanseMerkur		Allianz	
BVBA1ZU	27,75 €	R-KOMFORT-B-E 50	0,36 €	BW2 50-UA	2,03 €	BA-EB-BU/50	0,87 €	KBE	6,42 €	BHRK50	5,22 €
Kompakttarif für Beihilfeberechtigte: Ambulant, Regel- u. Wahlleistungen im Krankenhaus (1- o. 2-Bettzimmer, Wahlarzt), Zahnbehandlung, Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Tarif für Beamtenanwärter und deren Ehegatten u. Kinder. Erstattungssatz 20% Tarifstand: 01.01.2020		Beihilfeergänzungstarif: - Heilpraktiker - Sehhilfen - Schutzimpfungen - Zahntechnische Material-/Laborkosten - Auslandsreise Versicherter Prozentsatz: 50% Tarif für Beihilfeberechtigte in Ausbildung (Referendare im Schuldienst/ Lehramtsanwärter sind auch in der Altersgruppe 34-38 versicherbar) Tarifstand: 01.01.2020		50% Erstattung der Wahlleistungen im Krankenhaus (2-Bettzimmer, Privatarzt). Ausbildungstarif. Tarifstand: 01.01.2020		Beihilfeergänzungstarif Erstattung nicht beihilfefähiger Aufwendungen Beitragszuschlag von 2,50 EUR mtl., wenn bei Vertragsabschluss Sehschwäche vorliegt (Alternative: LAS) Tarifstand: 01.01.2020		Beihilfeergänzungstarif: Restkostenerstattung - Heilpraktiker/Ärzte (nach Gebüh/Hufeland-Verzeichnis) - stationäre Wahlleistungen (1-/2-Bettzimmer, Privatarzt, Belegarzt) - Material- und Laborkosten bei Zahnersatz - Schutzimpfungen (bis 105 EUR p. a.) - Auslandsreisekrankenversicherung (bis 6 Wochen) inkl. Kosten für Rücktransport, Überführung bzw. Bestattung Tarif für Beamtenanwärter (Ausbildungstarif) und deren nicht berufstätige Ehegatten/Lebenspartner Beitrag bleibt während der gesamten Versicherungsdauer (= max. 48 Monate) unverändert. Tarifstand: 12.09.2017		Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. Regel- u. Wahlleistungen im Krankenhaus (2-Bettzimmer, Wahlarzt). Versicherter Prozentsatz: 50% (Tarif für Beihilfeberechtigte in Ausbildung) Tarifstand: 01.09.2019	

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		Signal Iduna		AXA - DBV		Continentale		HanseMerkur		Allianz	
BVEA50U	1,40 €	R-KOMFORT-B-W 50	2,91 €	BWE-UA	0,44 €	BA-SP1Z-B	1,79 €			BHRZ50	4,64 €
Ergänzungstarif mit Leistungen für: Ambulante Heilbehandlung - Arztbehandlung - Vorsorgeuntersuchungen - Heilpraktikerbehandlung - Hebammenleistungen - Psychotherapeutische Behandlung - Heilmittel - Hilfsmittel Stationäre Heilbehandlung - je nach Haupttarif: Belegarzt oder privatärztliche Behandlung Zahnärztliche Behandlung - Zahnbehandlung - Zahnprophylaxe - Zahnersatz und Kieferorthopädie Tarifstand: 01.01.2019		Stationäre Zusatzversicherung: 50% Wahlärztliche Behandlung 50% 2-Bettzimmer Tarif für Beihilfeberechtigte in Ausbildung (Referendare im Schuldienst/ Lehramtsanwärter sind auch in der Altersgruppe 34-38 versicherbar) Tarifstand: 01.01.2018		Erstattung der Differenzkosten zwischen 1- Bettzimmer und 2-Bettzimmer. Ausbildungstarif Tarifstand: 01.01.2020		Differenzkosten 1-Bettzimmer AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.7.18 - 7e.10500/06.18; Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), Stand 1.7.18 - 7e.10099/07.18 Tarifstand: 01.01.2019				Zahnarif für Beihilfeberechtigte : - 50% Zahnbehandlung, Zahnersatz - 50% Kieferorthopädie bei Unfall und schweren Erkrankungen (u. a. verletzungsbedingte Kieferfehlstellung) (Tarif für Beihilfeberechtigte in Ausbildung) Tarifstand: 01.09.2019	
BVENU	4,46 €			BN3/2 50-UA	1,71 €	BA-SP2-B/50	1,80 €				
Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren (inkl. Hufeland) für Beihilfeberechtigte. Tarifstand: 01.01.2019				Ergänzungsversicherung zu Tarif Vision B für Heilpraktiker, Hilfsmittel, Ausland, Material- und Laborkosten. Ausbildungstarif Tarifstand: 01.01.2017		Stationäre Zusatzversicherung: - 2-Bettzimmer - wahlärztliche Behandlung versicherter Prozentsatz: 50% AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.7.18 - 7e.10500/06.18; Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), Stand 1.7.18 - 7e.10099/07.18 Tarifstand: 01.01.2020					

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		Signal Iduna		AXA - DBV		Continentale		HanseMerkur		Allianz	
BPVB	15,00 €	PVB	16,77 €	PVB	16,01 €	PVB	16,97 €	PVB	16,65 €	PVB(A)	14,71 €
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte in Ausbildung.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte in Ausbildung							
Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020	
Gesamtbeitrag mtl.:	91,45 €		77,92 €		66,42 €		64,03 €		61,07 €		49,23 €
Arbeitnehmeranteil mtl.:	0,00 €		0,00 €								
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	91,45 €		77,92 €		66,42 €		64,03 €		61,07 €		49,23 €

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

Analyse Krankenversicherung

Übersicht der Leistungsstärke

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

	Barmenia		Signal Iduna		AXA - DBV		Continentale		HanseMerkur		Allianz	
	BVBA13U BVEA50U BPVB	BVBA1ZU BVENU	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB		VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB		BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB		KB/50 KBE PVB		BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)	
Monatsbeitrag:	91,45 €		77,92 €		66,42 €		64,03 €		61,07 €		49,23 €	
Selbstbehalt p.a.:	91,45 €		77,92 €		66,42 €		64,03 €		61,07 €		49,23 €	
SB Art *:												
Arbeitnehmeranteil:	91,45 €		77,92 €		66,42 €		64,03 €		61,07 €		49,23 €	
Effektivbeitrag **:	91,45 €		77,92 €		66,42 €		64,03 €		61,07 €		49,23 €	
Erfüllungsgrad	100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %	
Kundenwünsche:	100 %		100 %		100 %		100 %		100 %		100 %	
GOÄ/GOZ												
Ambulant												
Vorsorge												
Heilpraktiker												
Psychotherapie												
Heil- und Hilfsmittel												
Stationär												
	1-Bettzimmer Wahlarzt		2-Bettzimmer Wahlarzt		1-Bettzimmer Wahlarzt		1-Bettzimmer Wahlarzt		1-Bettzimmer Wahlarzt		2-Bettzimmer Wahlarzt	
Zahn												
Zahnbehandlung	50 %		50 %		50 %		50 %		50 %		50 %	
Zahnersatz	50 %		50 %		50 %		50 %		50 %		50 %	
Kieferorthopädie	50 %		50 %		50 %		50 %		50 %		50 %	

Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

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

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

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

Erläuterung zur Darstellung:

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

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Selbstbeteiligung							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		0,00 €	25,00 €	50,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)							
- SB prozentual (bzw. keine SB)							
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)							
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet							
Haus-/Primärarztprinzip							
Verzicht auf Haus-/ Primärarztprinzip			 Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.				
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?							
- keine zeitliche Befristung der Haus-/ Primärarztüberweisung							
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland							
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte							
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €							
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ... %		50 %	37 %	50 %	50 %	50 %	50 %

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gebührenordnung ambulant							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓		⚠ Hinweis: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die GOÄ-Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.			
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓		⚠ Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.			✓
Heilpraktiker							
Heilpraktiker		✓	✓	✓	✓	✓	
- xx % Erstattung		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	250,00 €	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- mind. bis Höchstsatz GebüH		✓	✓	✓		✓	
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)		✓	✓	⚠ Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	✓	✓	
- alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte		✓		⚠ Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingu ngen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	✓	✓	✓
Vorsorge							
- über gesetzliche Programme		✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Lt. Informationsblatt des Versicherers (nicht Bestandteil der Bedingungen) wurde der Leistungskatalog um einige wichtige Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen, ergänzt.	✓	✓	
- Schutzimpfungen		✓	✓	✓	✓	✓	
Heilmittel							
Definition Heilmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		50 %	37 % ⚠ Hinweis: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% des versicherten Prozentsatzes erstattet (= 37,5%).	50 %	50 %	50 %	50 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	unbegrenzt	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- keine pauschalen Beschränkungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verz., Beihilfesätze, angemessene Preise o. ä.		✓	✓		✓		
- Logopädie durch Logopäden		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel							
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- offener Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung		✓	✓	⚠ Hinweis: Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingu- ngen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.		✓	✓
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis		✓				✓	
- Atemmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Heimdialysegerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung		✓	✓	✓	✓		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMercur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Hör-/Sprechgeräte		✓ ⚠ Hinweis: BVBA1ZU, BVBA13U: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je zu versorgendem Ohr erstattungsfähig, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.	✓	✓ ⚠ Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis insgesamt bis 1.300 EUR pro Ohr (innerhalb von drei Kalenderjahren) erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung - analog des versicherten Prozentsatzes.	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Hörhilfen (Hörgeräte, apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden bis 750 EUR je Hörhilfe erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.
- Orthopädische Schuhe		✓ ⚠ Hinweis: BVBA1ZU, BVBA13U: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 750 EUR p. a. erstattungsfähig.	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe werden bis maximal 1.000 EUR pro Versicherungsjahr erstattet.
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig, sofern der Blindenhund als technisches Mittel vom Versicherer angesehen wird.	✓
- Blindenlese-/Vorlesegerät		✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.450 EUR erstattungsfähig.	✓	✓	✓
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung		✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Perücken werden bis max. 250 EUR je Perücke erstattet.
- Prothesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kunstaugen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Orthesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sehhilfen							
- Erstattung xx €		150,00 €	75,00 €	150,00 €	150,00 €	300,00 €	75,00 €
		Hinweis: BVBA1ZU, BVBA13U: Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge - analog des versicherten Prozentsatzes. BVEA50U: Sind die Aufwendungen im Sinne der jeweils geltenden Beihilfevorschriften insgesamt nicht beihilfefähig, dann wird der erstattungsfähige Rechnungsbetrag bei Einstärkengläsern um 31 EUR pro Glas und bei Mehrstärkengläsern um 72 EUR pro Glas gekürzt, jedoch nicht mehr als um den tatsächlichen Rechnungsbetrag pro Glas. Bei Kontaktlinsen gelten die Kürzungsbeträge entsprechend.	Hinweis: R-KOMFORT-B-E 50: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien und mehr verdoppelt sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag. R-KOMFORT-B 50: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien und mehr verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.	Hinweis: BN3 2 50-UA: Erstattet werden Sehhilfen nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifes VisB-U. VisB 50T-UA: Brillen und Kontaktlinsen werden ab dem 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - erstattet. Erstattet werden 100% des versicherten Prozentsatzes für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR je Auge. Ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von 10 Jahren.	Hinweis: Beitragszuschlag von 3,70 EUR monatlich, sofern bei Vertragsabschluss eine Sehschwäche vorliegt (alternativ kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden).	Hinweis: Sehschärfenkorrekturen, auch stationär durchgeführte, mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) werden bis max. 250 EUR pro Auge erstattet.	
- Anspruch mind. alle 24 Monate							
				Hinweis: Sehhilfen sind ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren, bis zum 15. Lebensjahr einmal je Kalenderjahr erstattungsfähig.			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Psychotherapie							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	50	unbegrenzt	50	unbegrenzt	50 ⚠
							Hinweis: Psychotherapie ist erstattungsfähig bei - Tod eines leiblichen/ adoptierten Kindes oder des Ehegatten/ Lebenspartners - Beteiligung (auch als Zeuge) an einem Unfall mit Todesfolge max. 50 Sitzungen (einschließlich probatorischer Sitzungen).
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ohne besondere Einschränkungen/ Selbstbehalte			✓	⚠	✓	✓	⚠
				Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Von der 31. bis zur 60. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% und für alle weitere Sitzungen von 30% an.			Hinweis: Psychotherapie ist bis zu 30 Sitzungen analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. Ab der 31. bis zur 50. Sitzung werden die Aufwendungen analog des versicherten Prozentsatzes abzüglich einer Selbstbeteiligung von 30% erstattet.
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage		✓	✓	✓	✓	✓	⚠
							Hinweis: Ohne Zusage sind nur psychotherapeutische Sitzungen durch approbierte Ärzte erstattungsfähig, im Delegationsverfahren ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich - max. Anzahl insgesamt: 50.
Ambulant							
Ambulante Transporte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulante Transporte							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- bei Gehunfähigkeit		⚠ Hinweis: BVBA13U, BVBA13U: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	✓	✓	⚠ Hinweis: Erstattungsfähig sind - nach einem Unfall (oder Notfall) notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus, mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) sowie - ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad (PG) 3, 4 oder 5 ist (PG 3: es muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht; ist ggf. nachzuweisen).	✓ ⚠ Hinweis: Übernommen werden auch wegen der Folgen ambulant durchgeführter Operationen medizinisch notwendige Transporte.	✓
- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gefähig)				⚠ Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung sind bei Gefähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann analog des versicherten Prozentsatzes übernommen.			

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- ambulante Notfalltransporte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Arznei-/Verbandmittel							
- ohne zusätzliche SB		✓ ⚠ Hinweis: BVBA1ZU, BVBA13U: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma- Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	⚠ Hinweis: 25% Selbstbeteiligung, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (außer bei Notfall- o. Unfallbehandlung) sowie bei nachweislich schwerer allergischer Reaktion auf das Generikum).	⚠ Hinweis: Bei Kindern und Jugendlichen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ohne Selbstbeteiligung erstattet.	✓	✓	✓
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/ parenteral hinaus)		✓		⚠ Hinweis: Vitaminmonopräparat e zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrank- heiten werden erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.			✓
sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kurleistung ambulant							
Kurleistung ambulant						✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
	Kundenwunsch	BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:			91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Verzicht auf Kurortklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulant							
sonstiges		✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Beihilfeergänzungstari f: Erstattung nicht beihilfefähiger Aufwendungen		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Stationär							
1-Bettzimmer		✓		✓	✓	✓	
2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mehrbettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
Gebührenordnung Stationär							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)		✓		✓ ⚠	✓		
				<p>Hinweis: VisB 50T-UA: Die Erstattung ist auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt. BW2 50-UA: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Leistungen vom liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbracht wurden. Der Versicherer erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten, die sich aus der Honorarvereinbarung ergeben.</p>			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
	Kundenwunsch	BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:			91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓		⚠ Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.			✓
Privatkliniken							
Privatkliniken		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntgG/BPflV		✓	✓		✓		✓ ⚠ Hinweis: - Notfall = keine Zusage erforderlich - Anschlussheilbehandl ungen = Aufwendungen für Verpflegung, Unterkunft etc. max. bis zu dem Betrag, den das Krankenhaus für die günstigste Unterkunft für PKV- Versicherte berechnet - Entziehungsmaßnah men: max. bis zu dem Tagessatz, den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechnet hätte
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓	✓		✓		✓
Stationär							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ersatzkrankhaustagegeld		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Krankenhausbehandl ungen im Ausland müssen innerhalb von 10 Tagen angezeigt werden.	✓	✓
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
	Kundenwunsch	BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:			91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	⚠ Hinweis: Unter bestimmten Voraussetzungen werden bei Erwachsenen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson erstattet oder eine Haushaltshilfe bezuschusst (max. für 6 Wochen, 10 EUR pro Stunde/80 EUR am Tag).	✓	✓		✓
Kurleistung stationär						✓	
sonstiges		✓					

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahn							
Zahnbehandlung %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahnersatz %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
			Hinweis: R-KOMFORT-B-E 50, R-KOMFORT-B 50: Ab dem dritten Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10% p. a. - minimal auf 80%*, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und steigt um 10% p. a., max. auf 100%*, wenn eine nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. *ausgehend von 100% der versicherten Tarifstufe			Hinweis: KBE: Die nach Abzug der Beihilfeleistungen und der Leistungen aus dem Tarif KB verbleibenden Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Rahmen Zahnersatz werden (auch bei stationärer Behandlung) zu 100% erstattet.	
Kieferorthopädie %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
							Hinweis: Kieferorthopädie wird nur bei Unfall und schweren Erkrankungen (angeborene Missbildung des Gesichts/der Kiefer, skelletale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferfehlstellung) erstattet - analog des Prozentsatzes.
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	20	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	
							Hinweis: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig (aber nur bei Unfall und schweren Erkrankungen).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gebührenordnung Zahn							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)		✓		⚠ Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.			
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓		⚠ Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.			✓
Zahn							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o. ä.		✓			✓		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Summenbegrenzung max. ... Jahre		unbegrenzt	9	4 ⚠ Hinweis: Summenbegrenzung analog Grundtarif.	0	5	unbegrenzt
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage			✓			✓	✓
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen		✓	✓		⚠ Hinweis: Inlays sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✓	✓
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung		✓					✓
- sonstiges		✓				✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):					2018	2017	
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):					0	0	
- Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):					0	0	
Antragsfragen/Annahmerichtlinien							
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre							
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"							
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		3		5	9	4	
Kinder alleine versicherbar ab Alter		0		16			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt	12	6	6	unbegrenzt	6
				Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.		Hinweis: KBE: Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland während maximal 6-wöchiger Reisen wird zu 100% erstattet. KB 50: 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.	
- 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

		Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
	Kundenwunsch	BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:			91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland		  Hinweis: BVBA1ZU, BVBA13U: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).					
Optionsrecht auf Höherversicherung							
Optionsrecht auf Höherversicherung							
- Anzahl feste Optionszeitpunkte				1			
- anlassbezogenes Optionsrecht							
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen							
- keine Beschränkung der Zieltarife				  Hinweis: Diese Option gilt nicht für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtun g zustande gekommen ist oder sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt.			
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen				  Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicheru ng mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.			

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung				  Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.			
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...				unbegrenzt			
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))							
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)							  Hinweis: Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Weitere Regelungen/Leistungen (teilweise) vorhanden, s. nachstehende Leistungspunkte.
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?			 Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	 Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	 Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.		 Hinweis: Leistungen nur für Anschlussheilbehandlungen „im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation“.
- ambulante Anschlussreha							
- stationäre Anschlussreha							
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen		  Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.					
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen							
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
	Kundenwunsch	BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:			91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- sonstige Reha- Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen		✓ ⚠					
		Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.					
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen		✓			✓		
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung		✓					
- Beitragsrückerstattung garantiert					✓		
- Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		6	6	6 ⚠	5		6
		Hinweis: jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR / Fitness: 50 EUR					
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung		✓	✓	✓		✓	
- Verbesserte Kriegsklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2	2	2	2	2	1 ⚠
		Hinweis: Die Höchstversicherungsduer beträgt 36 Monate. Möglichkeit der Weiterversicherung für max. weitere 36 Monate, sofern die Ausbildung noch nicht beendet und die versicherte Person noch keine 34 Jahre alt ist.					

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	Signal Iduna	AXA - DBV	Continentale	HanseMerkur	Allianz
		BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA-SP2- B/50 BA-EB-BU/50 PVB	KB/50 KBE PVB	BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:		91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
sonstiges			✓	✓ ⚠ Hinweis: Raucherzuschlag: 17% des Tarifbeitrages. Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200 EUR übersteigen. Erreichen die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.		✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Selbstbeteiligung						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 25 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 50,0% Erstattung = 500 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 50,0% Erstattung = 250 EUR (bei Bezug vorhandener Generika) - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 50,0% Erstattung = 400 EUR - 10 Hilfsmittel je 20 EUR = 200 EUR - 37,5% Erstattung = 75 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Hilfsmittel beträgt 2.475 EUR (0 EUR bei bestimmten schweren Erkrankungen). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 2.500 EUR begrenzt (50% von 5.000 EUR).	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 50 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 50% Erstattung = 500 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 40% Erstattung = 200 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 50% Erstattung = 400 EUR (bei Einschaltung VR) - 10 Hilfsmittel je 20 EUR = 200 EUR - 50% Erstattung = 100 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente beträgt 50 EUR.	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).
- Selbstbehalt nur ambulant?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- prozentualer Selbstbehalt?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	⚠ Die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt muss durch einen - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist) - Facharzt für Kinderheilkunde - Facharzt für Gynäkologie - Facharzt für Augenheilkunde - Not- oder Bereitschaftsarzt erfolgen. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen. Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherten bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Nein. Ist die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt nicht durch einen der zuvor genannten Ärzte (Hausarzt, Facharzt für Gynäkologie, Augen- oder Kinderheilkunde, Not- oder Bereitschaftsarzt) erfolgt, werden auch alle Folgebehandlungen mit dem reduzierten Satz erstattet.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✓ BVBA13U, BVBA13U: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Hausarzt erforderlich ist.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✓ BVBA13U, BVBA13U: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Nein, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Hausarztprinzip wie in Deutschland.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✓ BVBA13U, BVBA13U: 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.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✓ BVBA13U, BVBA13U: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Ja, der Eigenanteil (25%ige Selbstbeteiligung) ist auf 500 EUR (unter 20-Jährige 250 EUR) im Kalenderjahr begrenzt.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✓ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	✓ BVBA13U: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). BVBA13U: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	✓ Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75% des versicherten Prozentsatzes (= 37,50%).	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ BVBA13U, BVBA13U: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✓ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt (im Ausland gilt bei akuter Behandlung keine Begrenzung).	✓ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✓ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✓ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✓ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓ BVBA13U, BVBA13U: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die GOÄ-Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherte hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✓ BVBA13U, BVBA13U: Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	Nein, der Versicherte verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherte verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherte die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	Nein, der Versicherte verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	Nein, der Versicherte verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	✓ EU/EWR: Ja, der Versicherte verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. außerhalb EU/EWR: Ja, der Versicherte erstattet die Aufwendungen für Behandlungen im Ausland, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen, analog des versicherten Prozentsatzes abzüglich einer Selbstbeteiligung von 20%. Die Selbstbeteiligung entfällt, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder der Versicherte vor Reiseantritt eine schriftliche Zusage erteilt hat.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	✔ BVBA13U, BVBA13U: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ BN3 2 50-UA: Heilpraktikerleistungen werden im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifes VisB-U bis zum Höchstsatz des GebÜH erstattet (evtl. Beihilfeleistungen und die Leistungen aus dem Grundtarif werden in Abzug gebracht). VisB 50T-UA: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ KB 50, KBE: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	✔ BVBA13U: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. BVBA13U: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	✔ R-KOMFORT-B-E 50: Heilpraktikerbehandlungen werden im Rahmen des GebÜH einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR je Kalenderjahr analog der versicherten Prozentstufe unter Anrechnung der Beihilfeleistungen erstattet. R-KOMFORT-B 50: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen - außer Psychotherapie - werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ KBE: Aufwendungen des Heilpraktikers einschließlich der von ihm verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel werden zu 100% (unter Berücksichtigung der Beihilfeleistungen und der Leistungen aus dem Tarif KB) erstattet. KB 50: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Keine Leistung vorhanden.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen werden bis zu 250 EUR im Kalenderjahr erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.	✔ KB 50, KBE: Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.	Keine Leistung vorhanden.
- mind. bis zum Höchstsatz GebÜH. erstattungsfähig?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebÜH. erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebÜH erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebÜH erstattungsfähig.	Aufwendungen sind bis zu den Mindestsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.	✔ KB 50: Behandlungskosten, die durch Inanspruchnahme von Heilpraktikern entstehen, werden nur bis zu den Höchstsätzen erstattet, bis zu denen für vergleichbare ärztliche Leistungen Honorare bemessen werden können. KBE: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebÜH erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	<p>✔ BVENU: Unter den Versicherungsschutz fallen die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung, stationären Heilbehandlung und Kurbehandlung sowie bei Zahnbehandlung, zahnprophylaktischen Leistungen, Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind und die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arzneimittel und Heilmittel. BVBA1ZU, BVBA13U: Nein, es sind keine Leistungen über das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker hinaus vorgesehen (separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren wird jedoch angeboten).</p> <p>Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.</p>	<p>✔ Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.</p>	<p>⚠ Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben. Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Heilpraktikerleistungen umfassen auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem "Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren" (Bestandteil der Bedingungen) ergeben.</p>	<p>✔ KBE: Ja. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht im GebÜH aufgeführt sind, sind im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses für Therapierichtungen der Biologischen Medizin erstattungsfähig (bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen).</p> <p>Heilpraktikerleistungen im Rahmen des GebÜH: § 4 (6) MB/KK 2009 (Beschränkung auf Methoden/Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind bzw. die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) findet keine Anwendung. KB 50: Nein, es sind keine Leistungen über das GebÜH hinaus vorgesehen.</p> <p>Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.</p>	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	<p>✔ BVENU: Unter den Versicherungsschutz fallen die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung, stationären Heilbehandlung und Kurbehandlung sowie bei Zahnbehandlung, Zahnprophylaktischen Leistungen, Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführt sind und die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arzneimittel und Heilmittel. BVBA1ZU, BVBA13U: Lt. schriftlicher Info der Barmenia (NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen) leistet der Versicherer ohne Berufung auf die Regelung nach § 4.6 MB/KK 09 aus dem Tarif VBU (sowie VEU und VELU) für folgende naturheilkundliche Verfahren:</p> <p>Akupressur und Akupunktur zur Schmerzbehandlung, Anthroposophie, Anthomotoxische Medizin, Aderlass, Blutegelbehandlung, Schröpfen, Biochemie nach Schüßler, Chiropraktik (Chirotherapie), Homöopathie, Hydrotherapie, Lasertherapie zur Schmerzbehandlung, Lymphdrainage, Neuraltherapie, Osteopathie, Physikalische Therapie, Ultraschalltherapie.</p> <p>Der Tarif VENU erweitert o. g. Verfahren um alle im Hufelandverzeichnis genannten Naturheilverfahren durch Ärzte oder Heilpraktiker.</p>	<p>Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie in dem GebÜH in der jeweils gültigen Fassung oder dem den Tarifbedingungen angehangenen "Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren" aufgeführt und nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind - bis zu den Mindestsätzen des im Verzeichnis genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.</p>	<p>✔ KBE: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heil- und Arzneimittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses für Therapierichtungen der Biologischen Medizin (bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen). KB 50: Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.</p>	<p>✔ Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leistet er für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (z. B. Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.</p>
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	<p>✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".</p>	<p>✔ Gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.</p>	<p>⚠ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig. Hinweis: Lt. Informationsblatt des Versicherers (nicht Bestandteil der Bedingungen) wurde der Leistungskatalog um einige wichtige Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen, ergänzt.</p>	<p>✔ Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Altersbegrenzung und Untersuchungsintervalle erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Erstattet werden ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Nach zweijähriger Versicherungsdauer kann erstmals für Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf gesetzlich eingeführten Programmen beruhen, ein Kostenzuschuss gewährt werden. Nach Ablauf von jeweils 2 weiteren Jahren können erneut Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden.</p>	<p>Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.</p>
- Schutzimpfungen?	<p>✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Als Versicherungsfall gelten auch ärztlich angeratene Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO)" empfohlen werden und nicht ausschließlich berufsbedingt oder im Rahmen einer privaten Auslandsreise angeraten sind bzw. durchgeführt werden.</p>	<p>✔ R-KOMFORT-B 50: Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus. R-KOMFORT-B-E 50: Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen incl. Impfstoff im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland werden analog der versicherten Prozentstufe unter Anrechnung der Beihilfeleistungen erstattet.</p>	<p>✔ Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✔ KB 50: 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. KBE: Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor privaten Auslandsreisen werden zu 100% bis 105 EUR pro Versicherungsjahr erstattet. Hierzu gehören Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Weiterhin fallen unter den Versicherungsschutz Immunglobuline (z. B. Beriglobin, Endobulin, Gammagard, Gammaglobin, Gammabulin, Gamma-Venin), die vor Auslandsreisen zur Prophylaxe gegen Infektionen verordnet werden.</p>	<p>Schutzimpfungen sind nicht Gegenstand der Bedingungen / des Tarifes.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	✔ BVBA13U, BVBA13U: Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie (bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der GOÄ) und Podologie sowie folgende Heilmittel/Therapien: Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.	✔ Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie und Logopädie.	✔ Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilberufen (z. B. Masseur).	✔ Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen und dergleichen, medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen in den Bundesbeihilfavorschriften als beihilfefähig anerkannten Heilmittel.	✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen) gemäß Heilmittelverzeichnis des Versicherers.
- Erstattung von Heilmitteln in %?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) beträgt die Erstattung 100% des versicherten Prozentsatzes. ⚠ Hinweis: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% des versicherten Prozentsatzes erstattet (= 37,5%).	✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Der Eigenanteil für Heilmittel ist nicht in der Höhe begrenzt. Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) entfällt die Selbstbeteiligung.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis, eine Begrenzung auf Beihilfesätze, "ortsübliche" oder "angemessene" Preise o. ä.?	✔ BVBA13U, BVBA13U: 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 (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 (soweit die GOÄ nicht zur Anwendung kommt, bemisst sich die tarifliche Leistung nach den gemäß Bundesbeihilfavorschriften dafür als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen).	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden (da angelehnt an Bundesbeihilfe - max. 30% Überschreitung der dort genannten Beträge).
- Logopädie	✔ BVBA13U, BVBA13U: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✔ Logopädie einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ berücksichtigt - zu 75% des versicherten Prozentsatzes (bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) 100% des versicherten Prozentsatzes).	✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✔ BVBA13U, BVBA13U: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ berücksichtigt - zu 75% des versicherten Prozentsatzes (bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) 100% des versicherten Prozentsatzes).	✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMercur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	<p>✓ BVBA1ZU, BVBA13U: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und künstliche Ernährung. Unter Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel.</p>	<p>✓ Hilfsmittel sind erstattungsfähig, sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.</p>	<p>✓ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.</p>	<p>✓ Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.</p>	<p>✓ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Als solche gelten zum Beispiel: Sehhilfen, Hör- und Sprechhilfen, Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen, die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (z. B. „CoaguChek“), Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte, Heimdialysegeräte, Rollatoren und Krankenfahrstühle, Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel, Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter, Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie entsprechende medizinische Nährlösungen und darüber hinaus lebenserhaltende Hilfsmittel, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.</p>	<p>✓ Jedes Hilfsmittel, das medizinisch notwendig ist, wird erstattet: Bandagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Tens-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, konfektionierte Therapie-Schuhe, orthopädische Schuhzurichtungen, Perücken, Hörhilfen, orthopädische Schuhe sowie alle sonstigen nicht genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende).</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✓ BVBA1ZU, BVBA13U: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ VisB 50T-UA: Erstattungsfähig sind: - 100% des versicherten %-Satzes: orth. Schuhzurichtungen, orth. Schuheinlagen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund - 100% des versicherten Prozentsatzes bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerh. v. 2 Tagen (ansonsten 80% des versicherten %-Satzes): orthopädische Maßschuhe (abzg. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Sprechhilfen, Körperersatzstücke, Orthesen, Gehstützen, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore, Insulin-, Infusions- + Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore, Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte - elektronische Lesegeräte bis 2.450 EUR, Hörgeräte bis insgesamt 1.300 EUR pro Ohr innerhalb von drei Kalenderjahren, Perücken bis 520 EUR, Bettwärmertherapiegerät bis 120 EUR, Allergikerbettwäsche (= Encasings) bis 200 EUR p. a., Bewegungsschienen bis 600 EUR pro Versicherungsfall, Tens-/EMS-Geräte bis 150 EUR pro Gerät - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes - weitere Hilfsmittel (zur Begrenzung/Vermeidung schwerer gesundh. Schäden) in funktioneller Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet. BN3 2 50-UA: Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif Hilfsmittel - einschließlich Sehhilfen und Hörgeräte - im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifes VisB-U.	✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ Alle in den Bedingungen genannten Hilfsmittel werden zu 50% erstattet (Erstattungshöchstbeträge für Perücken (s. Körperersatzstücke), orthopädische Schuhe, Hörhilfen beachten). Nicht genannte Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) werden zu 40% ersetzt bzw. bei Bezug über den Versicherer (sofern möglich) oder im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung (innerh. v. 2 Tagen) zu 50% (= analog des versicherten Prozentsatzes).
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✓ BVBA1ZU, BVBA13U: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Keine separate Selbstbeteiligung. Ggf. fällt eine Zuzahlung an, sofern Hilfsmittel, die mehr als 1.000 EUR kosten, nicht vorab vom Versicherer zugesagt wurden (s. "keine Beschränkung der Bezugsart/Zusageerfordernis").	✓ Es fällt nur dann eine separate Selbstbeteiligung - von 20% - an bei Hilfsmitteln, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund).	✓ Für ein Hilfsmittel fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 20% - an, wenn es mehr als 1.000 EUR kostet und kein Kostenvoranschlag eingereicht wurde (s. auch Leistungspunkt "keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis").	✓ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Es fällt nur für nicht in den Bedingungen genannte Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) eine Selbstbeteiligung - von 20% - an, aber auch nur dann, wenn sie nicht über den Versicherer bzw. im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung bezogen werden.
- offener Hilfsmittelkatalog?	✓ BVBA1ZU, BVBA13U: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✓ BVBA1ZU, BVBA13U: 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Besteht eine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.	Hilfsmittel sind in einfacher Ausführung erstattungsfähig.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Bei mehr als einmaligem Bezug eines Hilfsmittel gleicher Art im Kalenderjahr und/oder bei Hilfsmitteln mit einem Kaufpreis von mehr als 1.000 EUR ist eine vorherige Zusage erforderlich (auch bei deren Wartung und Reparatur). Wird bei den Hilfsmitteln, die mehr als 1.000 EUR kosten, keine Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summenmäßig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden - ansonsten wird die Erstattung um 20% gekürzt.	Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000 EUR, ist vor Kauf ein Kostenvorschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvorschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer mitzuteilen. Wird kein Kostenvorschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80% erbracht.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden noch ist eine vorherige Zusage erforderlich.	Für einen tariflichen Erstattungsanspruch müssen alle nicht in den Tarifbedingungen genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden - ansonsten erfolgt die Erstattung analog des versicherten Prozentsatzes abzüglich einer Selbstbeteiligung von 20%.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind in einfacher Ausstattung ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrräder werden bis 7.500 EUR übernommen; bei medizinisch notwendigen Spezialanfertigungen können nach vorheriger Zusage des Versicherers auch höhere Beträge erstattet werden.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: BVBA1ZU, BVBA13U: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je zu versorgendem Ohr erstattungsfähig, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstaussattung mit Batterien) sind bis insgesamt bis 1.300 EUR pro Ohr (innerhalb von drei Kalenderjahren) erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstaussattung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung - analog des versicherten Prozentsatzes.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Hörhilfen (Hörgeräte, apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden bis 750 EUR je Hörhilfe erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: BVBA1ZU, BVBA13U: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 750 EUR p. a. erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Orthopädische Schuhe werden bis maximal 1.000 EUR pro Versicherungsjahr erstattet.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	✔ Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen für den Blindenführhund und die sehnfähige versicherte Person sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig, sofern der Blindenhund als technisches Mittel vom Versicherer angesehen wird.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.450 EUR erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Körperersatzstücke?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Prothesen, Epithesen, Haarersatz).	✔ Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und 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.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Kunstaugen) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Perücken werden bis max. 250 EUR je Perücke erstattet.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Ja, erstattungsfähig sind Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ BVEA50U: Sehhilfen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 EUR erstattungsfähig (+ LASIK o. ä. analog Grundtarif). BVBA13U: Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 30 EUR erstattet. BVBA13U: Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 45 EUR erstattet. Hinweis: BVBA13U, BVBA13U: Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge - analog des versicherten Prozentsatzes. BVEA50U: Sind die Aufwendungen im Sinne der jeweils geltenden Beihilfevorschriften insgesamt nicht beihilfefähig, dann wird der erstattungsfähige Rechnungsbetrag bei Einstärkengläsern um 31 EUR pro Glas und bei Mehrstärkengläsern um 72 EUR pro Glas gekürzt, jedoch nicht mehr als um den tatsächlichen Rechnungsbetrag pro Glas. Bei Kontaktlinsen gelten die Kürzungsbeträge entsprechend.	✔ R-KOMFORT-B-E 50: Sehhilfen werden bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR analog der versicherten Prozentstufe unter Anrechnung der Beihilfeleistungen erstattet. R-KOMFORT-B 50: Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 75 EUR erstattet. Hinweis: R-KOMFORT-B-E 50: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien und mehr verdoppelt sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag. R-KOMFORT-B 50: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien und mehr verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: BN3 2 50-UA: Erstattet werden Sehhilfen nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifes VisB-U. VisB 50T-UA: Brillen und Kontaktlinsen werden ab dem 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - erstattet. Erstattet werden 100% des versicherten Prozentsatzes für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR je Auge. Ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von 10 Jahren.	✔ Sehhilfen (Brillengläser und Brillengestell, Kontaktlinsen) werden bis 150 EUR erstattet. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein (Verzicht auf Verordnung evtl. möglich; Voraussetzungen beim Versicherer erfragen). Hinweis: Beitragszuschlag von 3,70 EUR monatlich, sofern bei Vertragsabschluss eine Sehschwäche vorliegt (alternativ kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden).	✔ Sehhilfen werden bis 300 EUR erstattet. Hinweis: Sehschärfenkorrekturen, auch stationär durchgeführte, mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) werden bis max. 250 EUR pro Auge erstattet.	✔ Brillen und Kontaktlinsen werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 EUR analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.	✔ R-KOMFORT-B-E 50, R-KOMFORT-B 50: Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehkraft um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Sehhilfen sind ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren, bis zum 15. Lebensjahr einmal je Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind je Leistungsperiode, diese umfasst 2 aufeinander folgende Kalenderjahre, erstattungsfähig. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 24 Monaten erstattungsfähig.	Sehhilfen sind innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✓ BVBA13U: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. BVBA13U: Es sind maximal 30 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✓ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Psychotherapie ist erstattungsfähig bei - Tod eines leiblichen/adoptierten Kindes oder des Ehegatten/Lebenspartners - Beteiligung (auch als Zeuge) an einem Unfall mit Todesfolge max. 50 Sitzungen (einschließlich probatorischer Sitzungen).
- Psychotherapie im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte, auch z.B. durch Dipl. Psychologen)?	✓ BVBA13U, BVBA13U: Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	BVBA13U, BVBA13U: 20% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	✓ Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Von der 31. bis zur 60. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% und für alle weitere Sitzungen von 30% an.	✓ Keine unüblichen Einschränkungen.	✓ Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Psychotherapie ist bis zu 30 Sitzungen analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. Ab der 31. bis zur 50. Sitzung werden die Aufwendungen analog des versicherten Prozentsatzes abzüglich einer Selbstbeteiligung von 30% erstattet.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✓ BVBA13U, BVBA13U: Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✓ 30 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.	✓ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✓ 30 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.	✓ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Ohne Zusage sind nur psychotherapeutische Sitzungen durch approbierte Ärzte erstattungsfähig, im Delegationsverfahren ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich - max. Anzahl insgesamt: 50.
Ambulant						
- ambulante Krankentransporte?	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✓ BVBA13U, BVBA13U: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✓ Transporte (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✓ Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse) werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten 80% des versicherten Prozentsatzes).	✓ Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung.	✓ Erstattungsfähig sind wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen) medizinisch notwendige Transporte.	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ambulanter Dialyse, Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	⚠ BVBA13U, BVBA13U: Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: BVBA13U, BVBA13U: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	✓ Ja, bei Gehunfähigkeit sind die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt erstattungsfähig.	✓ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	⚠ Ambulante Transportkosten sind nur bei unfallbedingter Gehunfähigkeit erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind - nach einem Unfall (oder Notfall) notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus, mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) sowie - ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad (PG) 3, 4 oder 5 ist (PG 3: es muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht; ist ggf. nachzuweisen).	✓ Ja, medizinisch notwendige Transporte wegen Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Übernommen werden auch wegen der Folgen ambulant durchgeführter Operationen medizinisch notwendige Transporte.	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus. Krankenfahrten (Hin- und Rückfahrt) werden bis 50 EUR pro Fahrt, Fahrten im privaten PKW bis 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer - analog des versicherten Prozentsatzes - erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gefähig ist)?	BVBA13U, BVBA13U: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig (nur bei Gehunfähigkeit).	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gefähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann analog des versicherten Prozentsatzes übernommen.	s. vorherigen Leistungspunkt	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.	✔ Ja, Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.	✔ Erstattungsfähig sind nach einem Notfall (oder Unfall) notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus, mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge).	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, unfall- oder notfallbedingte Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten des Notarztes sind erstattungsfähig.
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: BVBA13U, BVBA13U: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: 25% Selbstbeteiligung, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (außer bei Notfall- o. Unfallbehandlung) sowie bei nachweislich schwerer allergischer Reaktion auf das Generikum).	Arznei- und Verbandmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr zu 80%, danach zu 100% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. Hinweis: Bei Kindern und Jugendlichen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ohne Selbstbeteiligung erstattet.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nährmittel, 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.	Nein, medikamentenähnliche Nährmittel sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	Nähr- und Stärkungsmittel gelten nicht als Arzneimittel. Hinweis: Vitaminmonopräparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen werden erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	Medikamentenähnliche Nährmittel sind nicht erstattungsfähig. Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondennahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.	Nein. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost u. dgl. Medizinische Nährlösungen zur künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.	✔ Diätische Nährstoffe, sofern sie zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden sowie medikamentenähnliche Nährmittel zur enteralen Ernährung sind erstattungsfähig.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung von bis zu vier Wochen Dauer).	✔ Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherer bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	✔ Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Krankenpflege. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern. Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.	✔ Ja, häusliche Krankenpflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und ärztlich verordnet wurde.	✔ Ja, die Kosten für eine medizinisch notwendige und ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (Grundpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung) durch einen geeigneten Leistungserbringer sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Palliativversorgung?	<p>✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Gebühren sind analog des versicherten Prozentsatzes bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären. Ein Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen und Altersheimen.</p>	<p>✔ Ja. Im Rahmen der Sterbebegleitung werden die Kosten der ambulanten Palliativversorgung erstattet, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen und die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen nicht überschritten werden.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind analog des versicherten Prozentsatzes ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet. Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.</p>	<p>✔ Ja, ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen haben, - die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt und - eine Spezifikation der im Rahmen der SAPV erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden. <p>Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern werden angerechnet.</p>	<p>✔ Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus der Pflegeversicherung hinausgehen.</p>	<p>✔ Ersetzt werden analog des versicherten Prozentsatzes Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 SGB V, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - es sich um eine nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung handelt - eine ärztliche Verordnung vorliegt - die Versorgung von einem geeigneten Leistungserbringer erbracht wird. <p>Die vorherige schriftliche Zusage des Versicherers ist einzuholen.</p>
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	<p>BVBA1ZU, BVBA13U: Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>Nein. Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig; es wird hierfür ein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.</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.</p>	
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	<p>✔ BVBA1ZU, BVBA13U: 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>✔ 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 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>
Ambulant						
Sonstiges	<p>✔ BVEA50U: Ergänzungstarif mit Leistungen für ambulante (und stationäre) Heilbehandlung (und Zahnbehandlung, Zahnersatz). Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist - zu 50%. BVBA1ZU, BVBA13U: Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Soziotherapie. <p>Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Für ambulante Operationen oder stationäresetzende Eingriffe gemäß §115 b SGB V wird zusätzlich eine Pauschale von 200 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - erstattet.</p>	<p>✔ Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Soziotherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage <p>Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Beihilfeergänzungstarif: Erstattung nicht beihilfefähiger Aufwendungen</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind auch Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMercur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind in Höhe der Aufwendungen für den 2-Bettzimmerzuschlag abzüglich eines Kürzungsbetrages von 14,50 EUR täglich erstattungsfähig; dieser Kürzungsbetrag und der Unterschiedsbetrag zwischen 1- und 2-Bettzimmerzuschlag werden in voller Höhe erstattet.	R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B-W 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ BW2 50-UA, VisB 50T-UA: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BWE-UA: BWE-U: Erstattungsfähig sind die Differenzkosten zwischen dem 1- und 2-Bettzimmer.	✔ BO-COMFORT-B 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BA-SP1Z-B: Erstattungsfähig sind die Differenzkosten zwischen dem 1- und 2-Bettzimmer.	✔ KBE: Erstattet werden stationäre Heilbehandlung und Entbindung (unter Anrechnung evtl. Beihilfeleistungen) - zu 100%. Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im 1-Bettzimmer (oder 2-Bettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung (durch Chefarzt oder Belegarzt)). KB 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ R-KOMFORT-B-W 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. R-KOMFORT-B 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ BW2 50-UA: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. VisB 50T-UA: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ BA-SP2-B 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. BO-COMFORT-B 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ KB 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. KBE: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer werden - unter Anrechnung evtl. Beihilfeleistungen - zu 100% erstattet.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: 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).	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ R-KOMFORT-B 50: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. R-KOMFORT-B-W 50: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ BW2 50-UA: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. VisB 50T-UA: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✔ BO-COMFORT-B 50: Nein. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen. BA-SP2-B 50: Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ KBE: Ja, privatärztliche Behandlung wird - unter Anrechnung evtl. Beihilfeleistungen - zu 100% erstattet. KB 50: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ R-KOMFORT-B 50: Gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte sind im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ) erstattungsfähig. R-KOMFORT-B-W 50: Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✔ VisB 50T-UA: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. BW2 50-UA: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ BA-SP2-B 50: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. BO-COMFORT-B 50: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Regelhöchstsätzen erstattungsfähig (2,3-fach; 1,8-fach bei Leistungen nach den GOÄ-Abschnitten A, E oder O; 1,15-fach bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ).	✔ KBE: Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. KB 50: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMercur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	R-KOMFORT-B 50: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf den allgemeinen belegärztlichen Rahmen begrenzt. R-KOMFORT-B-W 50: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: VisB 50T-UA: Die Erstattung ist auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherte hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt. BW2 50-UA: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Leistungen vom liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbracht wurden. Der Versicherte erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten, die sich aus der Honorarvereinbarung ergeben.	✔ BO-COMFORT-B 50: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Regelhöchstsätze der GOÄ begrenzt. BA-SP2-B 50: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	KBE: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. KB 50: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Ja, der Versicherte verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B-W 50: Nein, der Versicherte verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	⚠ außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherte verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherte die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	Nein, der Versicherte verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	KB 50, KBE: Nein, der Versicherte verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	✔ EU/EWR: Ja, der Versicherte verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. außerhalb EU/EWR: Ja, der Versicherte erstattet die Aufwendungen für Behandlungen im Ausland, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen, analog des versicherten Prozentsatzes abzüglich einer Selbstbeteiligung von 20%. Die Selbstbeteiligung entfällt, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder der Versicherte vor Reiseantritt eine schriftliche Zusage erteilt hat.
Privatkliniken						
Privatkliniken	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegegesetzverordnung 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).	✔ Ja, Berücksichtigungsfähig zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.	Entgelte, die nicht nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BPFIV bzw. dem KHEntgG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntgG. (III. Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) wird zugrunde gelegt) Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	✔ Ja. Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der BPFIV bzw. des KHEntgG von Krankenhäusern, die nicht der BPFIV bzw. dem KHEntgG unterliegen.	Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPFIV oder KHEntgG angefallen wäre.	✔ Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind die Aufwendungen für Krankenhausleistungen analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: - Notfall = keine Zusage erforderlich - Anschlussheilbehandlungen = Aufwendungen für Verpflegung, Unterkunft etc. max. bis zu dem Betrag, den das Krankenhaus für die günstigste Unterkunft für PKV-Versicherte berechnet - Entziehungsmaßnahmen: max. bis zu dem Tagessatz, den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechnet hätte

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMercur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Ja, Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	✔ Berücksichtigungsfähig zu 100% sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes für die gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 3-Bettzimmer + gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen.	VisB 50T-UA: Es sind keine Wahlleistungen versichert. BW2 50-UA: Erstattungsfähig sind Unterbringung im 2-Bettzimmer + privatärztliche Behandlung: Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BPIV bzw. dem KHEntG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntG. (II. Pflegeklasse (= Differenz allgemeine Krankenhausleistungen - Zusatzkosten 2-Bettzimmer) wird zugrunde gelegt). Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	✔ BO-COMFORT-B 50: Es sind keine Wahlleistungen versichert. BA-SP2-B 50: Ja. Erstattet werden auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im 2-Bettzimmer in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt + privatärztliche Leistungen. BA-SP1Z-B: Ja. Erstattet werden auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft (Differenz 1-/2-Bettzimmer) in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt + privatärztliche Leistungen.	KB 50: Es sind keine Wahlleistungen versichert. KBE: Soweit Krankenhäuser nicht nach der BPIV oder dem KHEntG abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPIV oder KHEntG angefallen wäre.	✔ Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind die Aufwendungen für Unterkunft im 2-Bettzimmer + wahlärztliche Leistungen analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit des Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.	✔ Erstattet werden medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.	✔ Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.	✔ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.
- Ersatzkrankhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Bei Verzicht auf gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden 25 EUR täglich - analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt.	✔ R-KOMFORT-B-W 50: Bei Verzicht auf die gesondert berechenbare Unterbringung im 2-Bettzimmer werden 20 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 30 EUR pro Tag - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt. R-KOMFORT-B 50: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	✔ BW2 50-UA: Bei Unterkunft im Mehrbettzimmer werden 24 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 20 EUR pro Tag - analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt. VisB 50T-UA: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. BWE-UA: Bei Wahl eines Zweibettzimmers oder Mehrbettzimmers wird ein Krankhaustagegeld von 25 EUR gezahlt.	✔ BO-COMFORT-B 50: Nein, es sind keine Wahlleistungen im Tarif Comfort versichert. BA-SP2-B 50: Bei Verzicht auf Kostenerstattung für das 2-Bettzimmer werden 20 EUR gezahlt, bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung 50 EUR - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes.	✔ KBE: Bei Verzicht auf Kostenerstattung für Wahlleistungen wird ein Ersatzkrankhaustagegeld von 15 EUR gezahlt. KB 50: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechnungsfähige Unterkunft oder gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen werden jeweils 25 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - pro Tag gezahlt.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: 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 in Deutschland. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt. Hinweis: Krankenhausbehandlungen im Ausland müssen innerhalb von 10 Tagen angezeigt werden.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	✔ Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn: - es sich um eine Notfallanweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und/oder ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.	✔ Ja. Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftlich Leistungszusage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.	✔ BA-SP1Z-B, BA-SP2-B 50, BO-COMFORT-B 50: Ja. Eine schriftliche Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.	✔ Ja, eine Zusage ist nicht erforderlich, wenn - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern, - eine Notfallanweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte, - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt (nur bei bestimmten Diagnosen), - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.	✔ Ja. Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich: - bei Notfallbehandlung - wenn die Krankenanstalt das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 km vom Wohnsitz der versicherten Person ist - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert und die nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt. Bei Tbc-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ BW2 50-UA: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. BWE-UA, VisB 50T-UA: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ KB 50, KBE: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig
- Hospiz (zur Sterbegleitung)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: 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, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.	✔ BA-SP1Z-B, BA-SP2-B 50: Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig. BO-COMFORT-B 50: Erstattungsfähig sind nach schriftliche Zusage die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darauf hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.	✔ Als Versicherungsfall gelten auch stationäre Hospizaufenthalte, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus Pflegeversicherungen hinausgehen. Erstattungsfähig sind 100% der verbleibenden Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der GKV zugelassenen Hospiz, bis zu der Höhe, die die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwendenden wäre.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ BVBA13U: Kosten für eine Begleitperson sind nicht erstattungsfähig. BVBA1ZU: Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 20% erstattet.	⚠ Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant Hinweis: Unter bestimmten Voraussetzungen werden bei Erwachsenen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson erstattet oder eine Haushaltshilfe bezuschusst (max. für 6 Wochen, 10 EUR pro Stunde/80 EUR am Tag).	✔ BW2 50-UA: Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespfllegesatzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet. VisB 50T-UA: Kosten für eine Begleitperson sind nicht erstattungsfähig.	✔ BA-SP1Z-B, BA-SP2-B 50: "Rooming in" ist nicht versichert. BO-COMFORT-B 50: Die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten ist im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Bei einer medizinisch notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person werden die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMercur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Kuren stationär?	BVBA1ZU, BVBA13U: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.		✔ Bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung kann ein Kostenzuschuss gewährt werden, wenn der Versicherte diesen vor Kurantritt aufgrund eines ausführlichen ärztlichen Attestes zugesagt hat. Leistungen können erstmals für Behandlungen erbracht werden, die nach dreijähriger Versicherungsdauer stattfinden. Für Behandlungen dieser Art, die nach Ablauf von jeweils 3 weiteren Jahren stattfinden, können erneut Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Das gilt auch für Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen, die in Krankenhäusern bzw. Kliniken stattfinden.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.
Sonstiges	✔ Ergänzungstarif mit Leistungen für stationäre (und ambulante) Heilbehandlung (und Zahnbehandlung, Zahnersatz). Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist - zu 50%.	Keine Leistung vorhanden.		Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMercur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet (professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ zweimal je Kalenderjahr).	✔ BN3 2 50-UA: Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-U. VisB 50T-UA: Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Zahnbehandlung (einschl. professioneller Zahnreinigung) wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
Zahnersatz (%)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ R-KOMFORT-B-E 50: Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Labor- und Materialkosten werden in den ersten beiden Kalenderjahren bis zur mittleren Preislage bei der Versorgung mit Zahnersatz, Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) analog der versicherten Prozentstufe unter Anrechnung der Beihilfeleistungen erstattet. R-KOMFORT-B 50: Zahnersatz wird in den ersten beiden Kalenderjahren analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: R-KOMFORT-B-E 50, R-KOMFORT-B 50: Ab dem dritten Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10% p. a. - minimal auf 80%*, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und steigt um 10% p. a., max. auf 100%*, wenn eine nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. *ausgehend von 100% der versicherten Tarifstufe	✔ VisB 50T-UA: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. BN3 2 50-UA: Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-U - einschließlich der Regelungen der Zahnstaffel.	✔ Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: KBE: Die nach Abzug der Beihilfeleistungen und der Leistungen aus dem Tarif KB verbleibenden Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Rahmen Zahnersatz werden (auch bei stationärer Behandlung) zu 100% erstattet.	✔ Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- Kieferorthopädie (%)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Kieferorthopädie ist zu 80% der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig, plus 20% der versicherten Tarifstufe nach erfolgreichem Abschluss.	✔ VisB 50T-UA: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. BN3 2 50-UA: Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-U - einschließlich der Regelungen der Zahnstaffel.	✔ Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie wird nur bei Unfall und schweren Erkrankungen (angeborene Missbildung des Gesichts/der Kiefer, skelletale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferfehlstellung) erstattet - analog des versicherten Prozentsatzes.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig (aber nur bei Unfall und schweren Erkrankungen).
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt, es sei denn, der Versicherte hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMercur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 BVBA13U, BVBA13U: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	 außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	 EU/EWR: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte). außerhalb EU/EWR: Ja, der Versicherer erstattet die Aufwendungen für Behandlungen im Ausland, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen, analog des versicherten Prozentsatzes abzüglich einer Selbstbeteiligung von 20%. Die Selbstbeteiligung entfällt, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder der Versicherer vor Reiseantritt eine schriftliche Zusage erteilt hat.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	 BVBA13U, BVBA13U: 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 (Material- und Laborkosten sind bis zur mittleren Preislage erstattungsfähig).	BN3 2 50-UA, VisB 50T-UA: Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	KB 50, KBE: Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	<p>✔ BVEA50U: Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung sind bis maximal 1.000 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig (gilt nicht für unfallbedingte Aufwendungen). BVBA13U, BVBA13U: Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung sind (bei bis zu einem fehlenden Zahn) bis max. 1.000 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.</p> <p>Bei 2 fehlenden Zähnen: bis 250 EUR im 1. KJ, 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ, ab dem 4. KJ bis 1.000 EUR pro KJ. Bei 3 fehlenden Zähnen: bis 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ, ab dem 4. KJ bis 1.000 EUR pro KJ.</p>	<p>✔ R-KOMFORT-B 50: Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 750 EUR im ersten Versicherungsjahr - 1.500 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren - 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren - 4.500 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren - 5.000 EUR ab dem fünften Versicherungsjahr pro Versicherungsjahr <p>Ab dem zehnten Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung. R-KOMFORT-B-E 50: Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für zahntechnische Leistungen ist wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 750 EUR im ersten Versicherungsjahr - 1.500 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren - 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren - 4.500 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren - 5.000 EUR ab dem fünften Versicherungsjahr pro Versicherungsjahr <p>Ab dem zehnten Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.</p>	<p>✔ Die Aufwendungen für Zahnersatz, Funktionsanalytik und Kieferorthopädie sind auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.000 EUR in den ersten 24 Monaten - 2.000 EUR in den ersten 48 Monaten <p>Hinweis: Summenbegrenzung analog Grundtarif.</p>	<p>✔ Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.</p>	<p>✔ KB 50: Erstattungshöchstsätze für Zahnersatz und Kieferorthopädie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - im 1. und 2. Versicherungsjahr jeweils 800 EUR - im 3. und 4. Versicherungsjahr jeweils 1.600 EUR - im 5. Versicherungsjahr 2.600 EUR. <p>KBE: Erstattungshöchstbetrag für Zahnersatz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - im 1. bis 3. Versicherungsjahr jeweils 520 EUR - ab dem 4. Versicherungsjahr jeweils 4.100 EUR. 	<p>✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz sind innerhalb von jeweils 12 Monaten auf 750 EUR begrenzt.</p>
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	<p>✔ BVBA13U, BVBA13U: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p>	<p>✔ R-KOMFORT-B 50: Die Summenbegrenzung entfällt bei einem nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall. R-KOMFORT-B-E 50: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p>	<p>✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p>	<p>✔ Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.</p>	<p>✔ KB 50: Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines nach Policierung eingetretenen Unfalles erforderlich, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall. KBE: Ist Zahnersatz wegen eines nach Policierung eingetretenen Unfalles erforderlich, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.</p>	<p>✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p>
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	<p>BVBA13U, BVBA13U: Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500 EUR überschreiten werden, ansonsten werden die über 1.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	<p>✔ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird seitens des Versicherers jedoch bei einem voraussichtliche Rechnungsbetrag von mehr als 1.500 EUR empfohlen.</p>	<p>Bei Zahnersatzmaßnahmen (prothetische Leistungen einschl. der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen) und Funktionsanalytik > 1.000 EUR sowie bei Implantaten muss vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt und vom Versicherer schriftlich genehmigt werden, ansonsten wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.</p>	<p>Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen zur Hälfte erbracht.</p>	<p>✔ KB 50, KBE: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben.</p>	<p>✔ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.</p>
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	<p>✔ BVBA13U, BVBA13U: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.</p>	<p>Erstattungsfähig sind während der gesamten Verweildauer in diesem Tarif zwei Implantate pro Kiefer, wenn sie wie folgt verwendet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind - zur Versorgung einer Frendlücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen - zur Fixierung einer Totalprothese <p>Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind max. 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig.</p>	<p>Es sind max. 6 orale Implantate je Kiefer erstattungsfähig. Hinweis: Inlays sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig (aber Summenbegrenzung während der gesamten Laufzeit beachten!).</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	✓ BVBA1ZU, BVBA13U: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	✓ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.
Sonstiges	✓ Ergänzungstarif mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz (und ambulante, stationäre Heilbehandlung). Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der nicht beihilfefähig im Sinne der jeweils geltenden Beihilfeverordnung ist, bis max. 1.000 EUR zu 50% abzüglich einer Selbstbeteiligung von 20%.	Keine Leistung vorhanden.			✓ Auch bei stationärer Behandlung sind Materialien erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.	✓ Ein Leistungsanspruch für erstattungsfähige Aufwendungen ambulanter und stationärer zahnärztlicher Behandlung in Deutschland besteht unabhängig davon, ob die Behandlung von einem Zahnarzt, Arzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen erbracht wird, für die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen (einschl. zahntechnischer Leistungen) ausschließlich nach diesem Tarif.

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):				✓ Markteinführung: 10.2018	✓ KB 50, KBE: Markteinführung: 09.2017	
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):				✓ Tarif ist aktuell.	✓ KB 50, KBE: Tarif ist aktuell.	
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):				✓ Kein BiSex-Vorgängertarif bekannt.	✓ KB 50, KBE: Kein BiSex-Vorgängertarif bekannt.	
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✓ BVBA1ZU, BVBA13U: 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 (bei Behandlungen/ Untersuchungen usw. aufgrund psychischer/ psychosomatischer Erkrankungen 5 Jahre).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (5 Jahre bei ambulanten Operationen).
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	BVBA1ZU, BVBA13U: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✓ BVBA1ZU, BVBA13U: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	BVBA1ZU, BVBA13U: Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten (...)?"		Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind (...)?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden (...), die nicht ärztlich (...) behandelt wurden?"	
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✓ BVBA1ZU, BVBA13U: 1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung 2 und 3 fehlende Zähne: begrenzte Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max. ...Jahre") ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung (im Regelfall)	Es liegen derzeit keine aktuellen Informationen des Anbieters vor.	✓ BN3 2 50-UA, VisB 50T-UA: bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: Leistungsausschluss	✓ - bis 2 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre und/ oder 1 fehlender Zahn: ohne Erschwernis - 3-8 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder 2-4 fehlende Zähne: Angebot Leistungsstaffel - 9 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder 5-9 fehlende Zähne: zahnärztliches Zeugnis erforderlich (Leistungsausschluss für alle betroffenen Zähne) - ab 10 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder ab 10 fehlenden Zähnen: Ablehnung (auf Kundenwunsch Leistungsausschluss des kompletten Leistungsbereichs Zahnersatz, KFO, Gebissfunktionsprüfung und orale Implantate; Überprüfung möglich bei Änderung des Risikoverhältnisses).	✓ 1 fehlender Zahn: ohne Erschwernis 2 bis 4 fehlende Zähne: Leistungsausschluss ab 5 fehlende Zähnen = Ablehnung	BHRA50: Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor. BHRZ50: Es liegen leider keine Informationen vor.
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✓ BVBA1ZU, BVBA13U: Kinder sind auch alleine versicherbar.	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✓ Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz.	✔ R-KOMFORT-B-E 50: Auslandsreisekrankenversicherung bis zu einer Dauer von 8 Wochen je Reise. R-KOMFORT-B 50: Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.	⚠ Erstattet werden nach Anrechnung eventueller Beihilfeansprüche und den Leistungen aus dem Grundtarif verbleibende Aufwendungen für Heilbehandlungen im Ausland im Rahmen der Tarifgruppe B-U. Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.	✔ Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht für 6 Monate Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 6 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.	⚠ 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 Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz 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: KBE: Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland während maximal 6-wöchiger Reisen wird zu 100% erstattet. KB 50: 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.	✔ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes (kann durch gesonderte Vereinbarungen ausgedehnt werden). Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 6 Monate hinaus verlängert werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig - Rettungsflüge ohne Begrenzung, sonstige Krankentransporte max. bis zu den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person. Überführungskosten und Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden analog sonstiger Krankentransporte erstattet.	✔ R-KOMFORT-B 50: Der medizinisch notwendige Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. R-KOMFORT-B-E 50: Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus sind erstattungsfähig. Bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Überführungskosten oder die Kosten für die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Die Leistungen werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100% erbracht.	✔ VisB 50T-UA: Die Mehrkosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. BN3 2 50-UA: Die Mehrkosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Überführungskosten an den ständigen Wohnsitz werden bis 10.000 EUR ersetzt; Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären, höchstens jedoch bis zu 5.000 EUR.	✔ Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen. Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Kosten erstattet.	✔ Erstattet werden 100% der - Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports, - Überführungskosten nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise bzw. - Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.	✔ Erstattungsfähig sind alle Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport mit dem kostengünstigsten - medizinisch vertretbaren - Transportmittel (auch im Ambulanzflugzeug) einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson - ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären. Überführungs- oder Bestattungskosten im Ausland sind ebenfalls erstattungsfähig.
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Ja, verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb EU/EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.	✔ 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 (BPIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) 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.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ortsüblichen Kosten geleistet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA13U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ BVBA13U, BVBA13U: Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Ja, verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb EU/EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlängerung möglich.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.	✔ 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 Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) 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.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort üblichen Kosten geleistet.
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	✔ BVBA13U, BVBA13U: Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird. Hinweis: BVBA13U, BVBA13U: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).	✔ Der Versicherer verpflichtet sich, eine Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb EU/EWR beantragt wird. Diese anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Bei nur vorübergehender Verlegung besteht das Recht auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung.	✔ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthaltes bzw. solange eine besondere Vereinbarung getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung. Der Versicherte kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	Nein, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	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.	Nein, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb EU/EWR, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
Optionsrecht auf Höherversicherung						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	BVBA13U, BVBA13U: Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	Kein Optionsrecht, solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird.	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Keine Leistung vorhanden.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?		Keine Leistung vorhanden.	✔ Neben der Möglichkeit, zu bestimmten Anlässen (z.B. erste Verbeamtung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.			
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?		Keine Leistung vorhanden.	✔ Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit - Einmalig bei Eheschließung (in diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes (1x pro Kind) - Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA12U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?		Keine Leistung vorhanden.	✓ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.			
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?		Keine Leistung vorhanden.	⚠ Es kann sowohl die Umstellung in einen Tarif mit umfassenderen Leistungen als auch der Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und/oder der Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist, verlangt werden. Hinweis: Diese Option gilt nicht für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt.			
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindermachversicherung versicherte Personen?		Keine Leistung vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Für im Rahmen der Kindermachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.			
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?		Keine Leistung vorhanden.	✓ Das anlassbezogene Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat. ⚠ Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.			
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?		Keine Leistung vorhanden.	✓ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA12U BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	<p>✓ Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.</p> <p>Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. AHB fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für 3 Wochen ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR.</p>	<p>✓ R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B-W 50: § 5 Einschränkung der Leistungspflicht Teil I MB/KK (1) Keine Leistungspflicht besteht d) für Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.</p> <p>(5) Abweichend von § 5 Abs. 1d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung (AHB)) nach einem Akutufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die AHB innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutufenthalt angetreten wird und durch die Anschlussheilbehandlung der Akutufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird. Die Anschlussheilbehandlung kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden.</p>	<p>✓ VisB 50T-UA: Nr. 27 TB 2012 (Teil II) - AHB (stat.) Eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung im Anschluss an die stat. Behandlung wird bei nachstehenden Diagnosen/Behandlungen ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 4 Wochen (in medizinisch begründeten Einzelfällen ggf. auch später) nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt: Herztransplantationen, Bypass-OP, akuter Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheiben-OP, Gelenkersatz-OP, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schwere Schädel-Hirnverletzungen, Nierentransplantation, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen.</p> <p>Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehaträger (hiermit ist nicht der Dienstherr als Beihilfeträger gemeint) nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt.</p> <p>AHB (amb.) Anstelle einer stat. AHB ist eine amb. Reha-Maßnahme (ärztl. Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung) erstattungsfähig, vorausgesetzt, die amb. Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes und es besteht dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehaträger (nicht Dienstherr als Beihilfeträger). Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.</p> <p>BW2 50-UA: s. stationären Grundtarif bzw. Kompakttarif (Anschlussheilbehandlung/AHB (stationär)) und zusätzlich: Teil III: In Erweiterung von Nr. 27 TB 2012 sind bei AHB auch das gesondert berechenbare 2-Bettzimmer sowie wahlärztliche Leistungen erstattungsfähig.*</p>	<p>✓ BA-SP2-B 50: Erstattet werden die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2 (Teil II der Bedingungen (gesondert berechnete Unterkunft, privatärztliche Behandlung)), soweit – für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und – die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und – die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und – zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als 2 Wochen liegen. Ein Ersatz-Krankenhaustagegeld (bei Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen) wird nicht gezahlt.</p> <p>Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.</p> <p>BO-COMFORT-B 50: Erstattet werden die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 (Teil II der Bedingungen (Krankenhausleistungen)), soweit – für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und – die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und – die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und – zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als 2 Wochen liegen.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.</p>	<p>✓ KBE: s. Tarif KB KB 50: zu § 4 (5) MB/KK 2009: b) Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 werden Leistungen für dort beschriebene Krankenanstalten auch ohne vorherige Zusage des Versicherers in vertraglichem Umfang erbracht, (...)</p> <p>3. wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von 2 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, Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen oder bösartige Neubildung (AHB nach Operation, Chemotherapie bzw. Strahlentherapie), sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.</p> <p>Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, können die in Tarifbedingung b) Nummer 3 zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Leistungen unter den dort genannten Voraussetzungen auch 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 Gesamtbetrag 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>	<p>✓ BHRK50, BHRA50: Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Weitere Regelungen/Leistungen (teilweise) vorhanden, s. nachstehende Leistungspunkte. Hinweis: Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Weitere Regelungen/Leistungen (teilweise) vorhanden, s. nachstehende Leistungspunkte.</p>
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	<p>⚠ R-KOMFORT-B 50: Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.</p> <p>R-KOMFORT-B-W 50: Die Einschränkung der Leistungspflicht (nach § 5 (1) d)) entfällt. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.</p>	<p>⚠ BW2 50-UA: Werden Leistungen nicht durch den gesetzlichen Rehabilitationsträger (hiermit ist nicht der Dienstherr als Beihilfeträger gemeint) übernommen, obwohl der Kostenübernahmeantrag fristgerecht gestellt wurde, besteht ein Erstattungsanspruch.</p> <p>VisB 50T-UA: Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.</p>	<p>⚠ BO-COMFORT-B 50: Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.</p> <p>BA-SP2-B 50: Bestehen Erstattungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.</p>	<p>KB 50: Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.</p> <p>KBE: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.</p>	<p>⚠ BHRK50: Der Versicherer ist für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung (oder Unfallversicherung) notwendig bleiben.</p> <p>BHRA50: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant Hinweis: Leistungen nur für Anschlussheilbehandlungen „im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation“.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRASO BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B-W 50: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ VisB 50T-UA: Ja. Leistung vorhanden, s. o. BW2 50-UA: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	BA-SP2-B 50: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant BO-COMFORT-B 50: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ KB 50: Ja. Leistung vorhanden, s. o. KBE: Beihilfeergänzungstarif (für stationäre Wahlleistungen, Heilpraktiker, zahnärztliche Material- und Laborkosten, Schutzimpfungen, Auslandsreise-KV)	✔ BHRASO: Bei einer med. notwendigen amb. AHB (gleicher Behandlungserfolg durch einzelne ärztliche oder physikalisch-medizinische Maßnahmen nicht erzielbar), die innerhalb von 2 Wochen (je nach Erkrankung ggf. auch später) nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus in einer Reha-Einrichtung erfolgt, werden nach vorheriger schriftlicher Zusage (ggf. Befundbericht erforderlich) erstattet (analog versichertem Prozentsatz); ärztl. Leistungen, die als Bestandteil der Leistungen der Einrichtung berechnet werden / Arznei- und Heilmittel / Beratungs- und Schulungsleistungen. Bei einer neurologischen/geriatrischen AHB ist die Erstattung für Leistungen der Einrichtung auf 200 EUR pro Behandlungstag begrenzt, bei sonstigen AHB auf 150 EUR (analog versichertem Prozentsatz). Zusätzlich werden gesondert berechnete ärztliche Leistungen zu 100% ersetzt. BHRK50: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B-W 50: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BW2 50-UA, VisB 50T-UA: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BA-SP2-B 50, BO-COMFORT-B 50: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ KB 50, KBE: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BHRK50: Bei einer med. notw. (teil-)stationären AHB (gleicher Behandlungserfolg durch ambulante Maßnahmen nicht erzielbar), die innerhalb von 2 Wochen (je nach Erkrankung ggf. auch später) nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus in einer Reha-Einrichtung erfolgt, werden nach vorheriger schriftlicher Zusage (ggf. Befundbericht erforderlich) erstattet (analog versichertem Prozentsatz): - allgemeine Krankenhausleistungen gem. KHEntgG oder BPIIV (ggf. einschl. Begleitperson) / wahl- und belegärztliche Leistungen / gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer bzw. - in einem Krankenhaus, das nicht dem KHEntgG oder der BPIIV unterliegt: Unterkunft / Verpflegung / Krankenhauspflege / Arznei- und Heilmittel / medizinisch begründete Nebenkosten (ggf. einschl. Begleitperson) / die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch Krankenhausärzte (alle Aufwendungen sind insgesamt max. bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den das Krankenhaus für die günstigste Unterkunft für Privatversicherte berechnet) / wahl- und belegärztliche Leistungen. BHRASO: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B-W 50: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	VisB 50T-UA: Nein. stationäre AHB: nur bei bestimmten Diagnosen/ Behandlungen ambulante AHB, bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären). BW2 50-UA: Nein. Stationäre AHB sind nur bei bestimmten Diagnosen/Behandlungen erstattungsfähig.	BA-SP2-B 50: s. Kompakttarif BO-COMFORT-B 50: Nein. Es wird nur stationäre Anschlussrehabilitation erstattet und auch die nur, wenn die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf.	KB 50: Nein. AHB (in "gemischten Krankenanstalten") sind nur bei bestimmten Diagnosen erstattungsfähig. KBE: Nein. Teilstationäre und stationäre AHB (in "gemischten Krankenanstalten") sind nur bei bestimmten Diagnosen erstattungsfähig.	BHRK50: Nein. Stationäre AHB werden nur nach vorheriger Zusage erstattet (ggf. nur günstigste Unterkunft für Privatversicherte, s. o.). BHRASO: Nein. Ambulante AHB werden nur nach vorheriger Zusage erstattet (Erstattungshöchstbeträge beachten, s. o.).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B-W 50: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ VisB 50T-UA: Ja. Leistung vorhanden, s. o. BW2 50-UA: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	BA-SP2-B 50: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant BO-COMFORT-B 50: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ KB 50: Ja. Leistung vorhanden, s. o. KBE: Beihilfeergänzungstarif (für stationäre Wahlleistungen, Heilpraktiker, zahnärztliche Material- und Laborkosten, Schutzimpfungen, Auslandsreise-KV)	BHRK50: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant BHRA50: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B-W 50: Nein. Keine Leistung vorhanden.	BW2 50-UA, VisB 50T-UA: Nein. Keine Leistung vorhanden.	BA-SP2-B 50, BO-COMFORT-B 50: Nein. Keine Leistung vorhanden.	KB 50, KBE: Nein. Keine Leistung vorhanden.	BHRA50: ambulanten Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant BHRK50: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B-W 50: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	VisB 50T-UA: Nein. Erstattet werden nur ambulante AHB/ ambulante Reha-Maßnahmen (bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären). BW2 50-UA: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	BA-SP2-B 50, BO-COMFORT-B 50: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	KBE: s. Tarif KB KB 50: Nein. Es werden nur ambulante Reha-Maßnahmen - bei bestimmten Diagnosen - erstattet.	BHRK50, BHRA50: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mindest 3 Maßnahmen?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: 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 Kostenträgern werden angerechnet.	Bei der ersten Entziehungsmaßnahme (ausgenommen Nikotinsucht), für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, wird ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.	Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80% des versicherten Prozentsatzes, sofern - der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um um keine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht - hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist Bei der Erstattung von stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zugrunde gelegt (abzgl. Selbstbeteiligung).	✔ Erstattet werden nach vorheriger schriftlicher Zusage insgesamt max. 3 ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren (außer bei Nikotinsucht), soweit kein Anspruch bei einem anderen Kostenträger besteht und die Maßnahmen in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt werden. Bei stationären Maßnahmen werden max. die Allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.	Ambulant: Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% des tariflichen Leistungsanspruchs für ärztliche, psychotherapeutische und medikamentöse 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. Stationär: Erstattet werden 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, im tariflichen Umfang, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht und bisher noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgt ist (auch nicht durch Finanzierung eines anderen Kostenträgers).	BHRA50: Erstattet werden nach vorheriger Zusage insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit - abzgl. einer Selbstbeteiligung von 30% für die 2. und 3. ambulante/stationäre Maßnahme. Im stationären Bereich werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang. BHRK50: Erstattet werden nach vorheriger Zusage insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit - abzgl. einer Selbstbeteiligung von 30% für die 2. und 3. ambulante/stationäre Maßnahme. Im stationären Bereich werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang. Entziehungsmaßnahmen in Privatkliniken: max. bis zu dem Tagessatz, den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechnet hätte; keine Wahlleistungen

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✔ BVBA1ZU, BVBA13U: In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✔ Medizinisch notwendige künstliche Befruchtung (max. 3 Versuche) wird erstattet, sofern: - zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist, - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.</p>	<p>✔ Künstliche Befruchtung ist erstattungsfähig, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und Künstliche Befruchtung ist analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht.</p> <p>Ein Leistungsanspruch besteht für: - bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder - bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder - bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).</p> <p>Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Anspruch auf Leistungen, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage ärztliche Leistungen und Arznei- und Verbandmittel für maximal 3 Versuche (unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren), wenn - die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt, - eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und - die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet.</p> <p>Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen (bei der Continentale oder einer anderen PKV) eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und dort kein Leistungsanspruch geltend gemacht werden kann.</p>	<p>✔ In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✔ Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung sind nach vorheriger schriftlicher Zusage max. 4 Versuche je reproduktionsmedizinischem Verfahren analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig, wenn - bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität vorliegt, - eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit besteht und - die zu behandelnde weibliche Person zum Behandlungsbeginn noch keine 41 Jahre alt ist. Hat der Versicherer Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren, die bereits zu 2 Geburten geführt haben, erbracht, werden keine weiteren Versuche vergütet. Ein möglicher Erstattungsanspruch für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger wird angerechnet.</p>
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<p>✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Bei einer Hausentbindung wird einmalig eine Pauschale von 500 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt.</p> <p>Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, sofern nach ärztlichen Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).</p>	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung (außer Rückbildungsgymnastik).
Garantierte Beitragsrückerstattung?	BVBA1ZU, BVBA13U: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert. BVENU, BVEA50U: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	BW2 50-UA, VisB 50T-UA: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert. BN3 2 50-UA: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	✔ BA-EB-BU 50, BO-COMFORT-B 50: Bei Leistungsfreiheit im abzurechnenden Geschäftsjahr wird eine garantierte Beitragsrückerstattung von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge gezahlt.	Keine Leistung vorhanden.	BHRZ50, BHRK50, BHRA50: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	✔ BVENU, BVBA1ZU, BVBA13U, BVEA50U: Die BRE beträgt ab 2019 (Auszahlung in 2020 ff.) 6 Monatsbeiträge für 1 leistungsfreies Jahr; anteilige BRE bei unterjährigem Beginn.	✔ BRE ab 2019 (Auszahlung in 2020 ff.): 6 Monatsbeiträge ab 1 leistungsfreien Jahr (bei unterjährigem Beginn anteilig).	✔ VisB 50T-UA: Die BRE beträgt bei Leistungsfreiheit (in allen BRE- berechtigten Tarifen) 1/2 Jahresbeitrag; bei unterjährigem Beginn anteilig. ⚠ Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich. BWE-UA, BW2 50-UA, BN3 2 50-UA: Die BRE beträgt bei Leistungsfreiheit (in allen BRE- berechtigten Tarifen) 1/2 Jahresbeitrag; bei unterjährigem Beginn anteilig. Hinweis: jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR / Fitness: 50 EUR	✔ BA-EB-BU 50: Zusätzlich zur garantieren Beitragsrückerstattung von zwei Monatsbeiträgen wird eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung von zzt. 3 Monatsbeiträgen ab dem 1. leistungsfreien Jahr gezahlt (bei unterjährigem Beginn anteilig). BO-COMFORT-B 50: Zusätzlich zur garantieren Beitragsrückerstattung von 2 Monatsbeiträgen wird eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung von zzt. 3 Monatsbeiträgen ab dem 1. leistungsfreien Jahr gezahlt (bei unterjährigem Beginn anteilig).	Es liegen keine Informationen zur Beitragsrückerstattung vor.	✔ BHRZ50, BHRK50, BHRA50: Die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit beträgt 50% des gezahlten Jahresbeitrages für ein leistungsfreies Kalenderjahr; sie wird nach dem Wechsel in normale Beihilfe- oder andere Vollversicherungstarife ausbezahlt.
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neubeschluss?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ KB 50, KBE: Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtschäden?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: 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, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.	✔ Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindernachversicherung das Neugeborene wie geboren.	✔ 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, Behinderungen, Gebrechen, Geburtschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erkrankheiten.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.	✔ 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, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzen Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.	Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung 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)?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: Ja. Keine Leistungspflicht besteht bei Kriegsereignissen nur für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zahlen nicht zu den Kriegsereignissen. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	✔ Leistungspflicht besteht durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist (und generell für durch Terroranschläge verursachte Krankheiten etc.). Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet (unter Anrechnung der gesetzlichen Leistungen, z. B. aus Unfallversicherung, Rentenversicherung).	✔ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).	✔ Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Für durch terroristische Anschläge verursachte Krankheiten wird geleistet (da kein Kriegsereignis im Sinne der Bedingungen).	✔ Ja, Leistungspflicht besteht auch für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist. Für anerkannte, nach Versicherungsbeginn eingetretene Wehrdienstbeschädigungen 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.	✔ Für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind, besteht Leistungspflicht, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist. Bei terroristischen Anschlägen wird ebenfalls geleistet.
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ BVBA1ZU, BVBA13U: 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 Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.	✔ KB 50, KBE: 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 identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres. Hinweis: Die Höchstversicherungsdauer beträgt 36 Monate. Möglichkeit der Weiterversicherung für max. weitere 36 Monate, sofern die Ausbildung noch nicht beendet und die versicherte Person noch keine 34 Jahre alt ist.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia BVBA13U BVBA1ZU BVEA50U BVENU BPVB	Signal Iduna R-KOMFORT-B 50 R-KOMFORT-B-E 50 R-KOMFORT-B-W 50 PVB	AXA - DBV VisB 50T-UA BW2 50-UA BWE-UA BN3/2 50-UA PVB	Continentale BO COMFORT-B/50 BA-SP1Z-B BA- SP2-B/50 BA-EB-BU/50 PVB	HanseMerkur KB/50 KBE PVB	Allianz BHRA50 BHRK50 BHRZ50 PVB(A)
Monatsbeitrag:	91,45 €	77,92 €	66,42 €	64,03 €	61,07 €	49,23 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sonstiges		<p>✔ Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.</p>	<p>✔ Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungserbringern, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten.</p> <p>⚠ Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz. Hinweis: Raucherzuschlag: 17% des Tarifbeitrages.</p> <p>Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200 EUR übersteigen. Erreichen die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.</p>		<p>✔ KB 50: Die Versicherung im Tarif KB endet spätestens nach einer Versicherungsdauer von 48 Monaten. Zum 01. des Folgemonats wird der Versicherungsschutz in die Tarifkombination A/50, P3B/50 und ZA/50 umgestuft. KBE: Voraussetzung für eine Leistung des Versicherers nach diesem Tarif ist, dass die Leistungen der Beihilfe und des Tarifs KB in Anspruch genommen werden. Zur Auszahlung der versicherten Leistungen ist der Beihilfebescheid vorzulegen. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen aus Tarif KB und der Beihilfe die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschreiten.</p> <p>Die Versicherung im Tarif KBE endet spätestens nach einer Versicherungsdauer von 48 Monaten. Zum 01. des Folgemonats wird der Versicherungsschutz in die Tarifkombination P2EB/20 - P2EB/100 und BET umgestuft.</p>	