

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Ärztetarife Arzt niedergelassen

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

finanz-profil GmbH & Co.KG , Carl Gitter

Karl Dietrich Str. 5 , 99428 Weimar

Telefon: +493644518018 , Telefax: 0 36 44/51 80 19

Levelnine 

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname: Ärtetatarife
Nachname: Arzt niedergelassen
Geburtsdatum: 01.01.1989
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Mediziner/in freiberuflich
Status: Erwachsene/r

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.01.2024
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
	Ärzte Best 100 PVN	705,95 €
	VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	608,94 €
	VHV2E+ PVN	626,54 €
	MAS.2 URZ PVN	616,94 €
	JABest 2 INTER Opti PVN	527,36 €
	AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	529,16 €

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.

					
Ärzte Best 100 581,05 €	VA6-900-U 424,86 €	VHV2E+ 509,88 €	MAS.2 499,29 €	INTER Opti 8,30 €	AM31 (Ärzte) 199,50 €
Kompakttarif MB100 Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung Verbandmaterialien/Arzneimittel: 800 EUR Selbstbeteiligung p. a. Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen (Wahlarzt + 1-/2-Bettzimmer) Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie AVB: B45139800ZO + B4U273001ZO_01.21 - Januar 2021 Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige Beitragsstand: 01.01.2023	Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 80-100% Psychotherapie Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung 100% Regelleistungen 900,- Selbstbehalt auf den gesamten Tarif p.a. (450 EUR bis 31. Dezember des Jahres, in dem VP 19. Lebensjahr vollendet) AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: Dezember 2020 + Teil II (TB 2012)_VK173 08.07.2020 21010438 (12.20) Teil III (Vertragsgrundlage 034, Tarif VA6-U, VA6-900-U)_VK012 13.07.2020 21010448_(12.20) Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige. Beitragsstand: 01.01.2024 Komfort Zahn-U 67,96 € Zahntarif: 100% Zahnbehandlung 75% Zahnersatz (nach 3 VJ Zahnprophylaxe Erstattung 85%) 75-85% Kieferorthopädie AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: Dezember 2020 + Teil II (TB 2012)_VK173 08.07.2020 21010438 (12.20) Teil III (Vertragsgrundlage 039, Tarif Komf Zahn-U)_VK012 13.07.2020 21010448_(12.20) Beitragsstand: 01.01.2022	Kompakttarif für Ärzte, deren Ehegatten/Lebenspartner und Kinder sowie für Medizinstudenten Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 85% Psychotherapie Stationär: 100% Regelleistungen 100% Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Privatarzt) Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie Selbstbehalt: 1.200 EUR p. a. AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0123 DT + Teil III (Tarif VHV+)_K 4622 0123 DT Beitragsstand: 01.01.2023	Kompakttarif 100%: ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt), Zahnbehandlung 75%: Zahnersatz und Kieferorthopädie 1.200 EUR Selbstbehalt p.a. Tarif für Ärzte/Zahnärzte, deren Ehegatten und Kinder AVB, Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB/KK 2013)_PM 22u – 08.22_Fassung Januar 2023 Teil III (Tarif MAS)_PM 5u – 09.21_Fassung Januar 2022 Beitragsstand: 01.01.2024 URZ 1,50 € Auslandsreise-Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen. Beitragsstand: 01.01.2019	Optionstarif für - GKV-Versicherte - bei der INTER privat Krankenversicherte - Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge Option auf Abschluss - einer/mehrerer Krankenzusatzversicherung(en) (ZV) oder - einer Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung (VV) oder - alternativ - - Erweiterung einer bei der INTER bestehenden ZV oder VV - Beitragsgarantie für die gesamte Versicherungsdauer - max. Eintrittsalter: 44 Jahre - keine Laufzeitbegrenzung; Tarif endet spätestens mit Vollendung des 50. Lebensjahres AVB, Tarif INTER Opti_01.05.2022 Beitragsstand: 01.05.2022 JABest 2 411,93 € Kompakttarif für Humanmediziner, deren Ehegatten/Lebenspartner und Kinder 100%: ambulante Behandlungen, Regel- u. Wahlleistungen (1-Bettzimmer, Wahlarzt), Zahnbehandlung, Kieferorthopädie 90%: Zahnersatz 1.200 EUR SB p. a. im ambulanten Bereich (für Kinder (0 - 15 Jahre) hälftige SB) AVB, Teil II_Tarif JABest_Stand: 01.01.2022 Beitragsstand: 01.01.2024	Ambulanter Tarif mit 30% Selbstbeteiligung, max. 960 EUR p.a. (hälftige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird) Tarif für Humanmediziner und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen Kinder (von Humanmediziner), die sich in einer Ausbildung befinden, sind nach AM31 (A) (Arztkinder) versicherbar (über "Altтарif hinzufügen" anzeigbar) AVB, Teil IIa_Stand: 01.01.2022_1.567a/01.22 Beitragsstand: 01.01.2024 S1 (Ärzte) 148,85 € Stationärer Tarif: - Regel- und Wahlleistungen (1- oder 2-Bettzimmer, Wahlarzt, Belegarzt) Tarif für Humanmediziner und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen Kinder (von Humanmediziner), die sich in einer Ausbildung befinden, sind nach S1 (A) versicherbar (über "Altтарif hinzufügen" anzeigbar) Beitragsstand: 01.01.2019

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

					
					Z8 73,28 € Zahntarif: - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 80% - Kieferorthopädie: 80% Beitragsstand: 01.01.2021
Gesetzlicher Zuschlag: 58,10 €	Gesetzlicher Zuschlag: 49,28 €	Gesetzlicher Zuschlag: 50,99 €	Gesetzlicher Zuschlag: 49,93 €	Gesetzlicher Zuschlag: 41,19 €	Gesetzlicher Zuschlag: 42,16 €
PVN 66,80 €	PVN 66,84 €	PVN 65,67 €	PVN 66,22 €	PVN 65,94 €	PPN 65,37 €
Pflegepflichtversicherung	Pflegepflichtversicherung.	Pflegepflichtversicherung.	Pflegepflichtversicherung.	Pflegepflichtversicherung.	Pflegepflichtversicherung.
Beitragsstand: 01.01.2023	Beitragsstand: 01.01.2023	Beitragsstand: 01.01.2023	Beitragsstand: 01.01.2023	Beitragsstand: 01.01.2023	Beitragsstand: 01.01.2023
Gesamtbeitrag mtl.: 705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Arbeitnehmeranteil mtl.: 0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.: 705,95 €	683,94 €	726,54 €	716,94 €	627,36 €	609,16 €

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.

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Selbstbehalt p.a.:		900,00 €	1.200,00 €	1.200,00 €	1.200,00 €	960,00 €
SB Art *:		AS	ASZ	ASZ	A	A %
Arbeitnehmeranteil:						
Effektivbeitrag **:	705,95 €	683,94 €	726,54 €	716,94 €	627,36 €	609,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Erfüllte Beratungsschwerpunkte	1 von 1	0 von 1	0 von 1	0 von 1	0 von 1	0 von 1
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär						
	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	85 %	75 %	85 %	75 %	90 %	80 %
Kieferorthopädie	85 %	75 %	85 %	75 %	100 %	80 %

Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

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

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

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

Erläuterung zur Darstellung:

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

		 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Selbstbeteiligung (SB)							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		0,00 €	900,00 € ✗	1.200,00 € ✗	1.200,00 € ✗	1.200,00 € ✗	960,00 € ✗ ⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel.
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbeteiligung angerechnet		✓	✓	✓	✗ ⚠ Hinweis: Gutscheine für Vorsorgeuntersuchungen als freiwillige* Leistung, ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung: - angelehnt an die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Umfang entspricht den gesetzlich vorgesehenen Programmen - jeweiliger Einlösezeitraum ist auf 2 Jahre begrenzt - Frauen ab Alter 20, Männer ab Alter 35 * aus Überschüssen finanziert, von der Mitgliederversammlung festgelegt	✓	✗
Haus-/Primärarztprinzip							
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gebührenordnung ambulant							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓ ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✓	✓	✓	✓	
- 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.	✓	⚠ Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	✓	
Heilpraktiker							
Heilpraktiker			✓ ⚠ Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	✓	✓	✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)			 Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.			 Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB Teil 1 beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/ Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im GebüH aufgeführt sein.	
Vorsorge							
- über gesetzliche Programme							  Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiaktive Gen-Tests).
- Schutzimpfungen							
Heilmittel							
- Kein tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis/keine Anlehnung an Beihilfe							
- Auch keine sonstige Begrenzung (z. B. auf (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)							
- Logopädie durch Logopäden							
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten							
Hilfsmittel							
- offener Hilfsmittelkatalog							
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel							
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung							
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung		  Hinweis: Perücken werden bis max. 600 EUR je Perücke erstattet.					
Sehhilfen							
- Erstattung xx €		400,00 €	300,00 €  Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser einschl. Brillengestelle oder Kontaktlinsen) werden wie folgt erstattet: - Einstärkengläser/ Einstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehrsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser/ Mehrstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehrsichtigkeit bis 1.000 EUR	400,00 €  Hinweis: ab 8 Dioptrien: 600 EUR	unbegrenzt  Hinweis: Lt. Infoblatt 01.14 (nicht Bestandteil der Vertragsbedingungen): Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen, jedoch nicht in Luxusausführung. Derzeit sind dies 180 EUR für Brillengestelle, Gläser zu 100%, Kontaktlinsen 300 EUR – bei medizinischer Notwendigkeit zu 100%.	500,00 €	250,00 €

Leistungsvergleich Ambulant

		 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Psychotherapie							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt 
							Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte		 Hinweis: Pro Versicherungsfall sind 100% der Aufwendungen für die 1. bis zur 30. Sitzung, 70% der Aufwendungen ab der 31. Sitzung erstattungsfähig.	 Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.				
Ambulante Transporte							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung							
- bei Gehunfähigkeit				 Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.		 Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug (hin und zurück)): - im Zusammenhang mit einer ambulanten Anschlussrehabilitation - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation - für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	 Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandlungsort oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.
- ambulante Notfalltransporte							
Arznei-/Verbandmittel							
- ohne zusätzliche SB				 Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).		 Hinweis: Harn- und Blutteststreifen gehören zu den erstattungsfähigen Arznei- und Verbandmitteln. Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel werden bis 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	
sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)							
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege							
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		 Allianz Ärzte Best 100 PVN	 AXA VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN	 inter VERSICHERUNGEN JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Stationär							
1-Bettzimmer		✓	✓			✓	✓
2-Bettzimmer	🏠	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/ Spezialist)	🏠	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
Gebührenordnung Stationär							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	🏠	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	🏠	✓⚠️	✓	✓	✓	✓	✓
		Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.					
- 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.					
		Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.					
Stationär							
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung	🏠	✓	✓	✓	✓⚠️	🚫	✓
		Hinweis: gültig für Neukunden mit Beginn 01.2018 und später (Teil I (MB/KK 2009), Teil II (TB/KK 2013) - Fassung Januar 2018 (PM 22u – 08.17)): Eine schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.					
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	🏠	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten	🏠	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Zahn							
Zahnbehandlung %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz %		85 %	75 % 	85 %	75 %	90 %	80 %
			Hinweis: Der Erstattungssatz steigt auf 85%, wenn in den drei Versicherungsjahren, die dem Beginn der Zahnersatzmaßnahme vorausgingen, jährlich Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und der Tarif Komf Zahn-U während dieser Zeit bestanden hat.				
Kieferorthopädie %		85 %	75 % 	85 %	75 %	100 %	80 %
			Hinweis: Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 85% erstattet.				
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		20 	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
		Hinweis: Kieferorthopädie ist bis Alter 20 erstattungsfähig. Die Altersbegrenzung entfällt bei Unfall oder schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferfehlstellung).					
Gebührenordnung Zahn							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		 	 				
		Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die 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.		Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.		
Zahn							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lsg.verzeichnis, (orts-)übl. Preise/angemessene Erstattung							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		12	6 	3 	unbegrenzt	12	unbegrenzt
			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: außereuropäisches Ausland: Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn a) beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer KV Voll sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im 1-Bettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus besteht (Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der KV Voll für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) mit zusätzlichen Beitrag getroffen wird). b) die PPV während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird. Anderenfalls besteht während der ersten 3 Monate ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 3 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.			
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Optionsrecht auf Höherversicherung							
- Anzahl feste Optionszeitpunkte			1	3		3	5 
							Hinweis: S1., AM31., Z8: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.
- anlassbezogenes Optionsrecht			✓	✓		✓	✓ 
							Hinweis: S1., AM31., Z8: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))							
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?		Hinweis: Leistungen nur für Anschlussheilbehandlungen „im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation“.			✓		
- ambulante Anschlussreha		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- stationäre Anschlussreha		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungsvergleich Sonstiges

		 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen				  Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.			
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen							
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen							
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen				  Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.			
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Kinderversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien							
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Selbstbeteiligung (SB)						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung (außer bei Verbandmaterialien und Arzneimitteln).	✘ Die Selbstbeteiligung ist auf 900 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✘ Die Selbstbeteiligung ist auf 1.200 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✘ Die Selbstbeteiligung ist auf 1.200,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	✘ Die Selbstbeteiligung ist auf 1.200 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✘ Die Selbstbeteiligung beträgt 30% und ist auf 960 EUR pro Kalenderjahr begrenzt. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach diesem Tarif im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn sich die Selbstbeteiligung ändert. Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen (und Schutzimpfungen) werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	✔ Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen (auch zahnprophylaktische Leistungen), Schutzimpfungen und die Entbindungspauschale fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.	⚠ Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet. Hinweis: Gutscheine für Vorsorgeuntersuchungen als freiwillige* Leistung, ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung: - angelehnt an die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Umfang entspricht den gesetzlich vorgesehenen Programmen - jeweiliger Einlösezeitraum ist auf 2 Jahre begrenzt - Frauen ab Alter 20, Männer ab Alter 35 * aus Überschüssen finanziert, von der Mitgliederversammlung festgelegt	✔ Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet, sofern für sie eine eigenständige Rechnung ausgestellt wird.	✘ Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ 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.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.

Leistungsvergleich Ambulant

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	 Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.	 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.	 Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	 Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	Nein. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) - auch für Entbindungen - versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.  Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	 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 sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.	Nein, es sind keine Leistungen über das GebÜH hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB Teil 1 beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im GebÜH aufgeführt sein.	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (z. B. Vorsorge-Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen).	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	✔ Ja, Vorsorgeuntersuchungen sind nicht auf gesetzlich eingeführte Programme begrenzt. Erstattungsfähig sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Erkrankungen.	✔ Ja, Versichert sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Schwangerschaftsvorsorge. Nicht versichert sind Kosten für private und dienstliche Zwecke (z. B. Untersuchungen zur Flugtauglichkeit). Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).
- Schutzimpfungen?	✔ Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen werden sowie Schutzimpfungen gegen Hepatitis B und Reiseimpfungen, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit (mit Ausnahme von Hepatitis B) sowie Malariaphylaxe.	✔ 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.	✔ Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (z. B. solche gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut). Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind. Berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge nicht verpflichtet ist, die Kosten hierfür zu übernehmen.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.	✔ Erstattet werden staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer empfohlen werden sowie Reiseimpfungen - auch über die Empfehlungen der STIKO hinaus, wie z. B. Malaria.	✔ Erstattet werden Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt sowie darüber hinaus: - die Gripeschutzimpfung, - die Zeckenschutzimpfung (FSME), - die Malaria-Prophylaxe, - Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie Reiseimpfungen.
Heilmittel						
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfessätze?	✖ Nein. Erstattungsfähig sind die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Heilmittel - höchstens bis zu dem Betrag, der den jeweils geltenden beihilfefähigen Höchstbetrag für das erbrachte Heilmittel um nicht mehr als 30% übersteigt.	✖ Nein. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.	✔ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✖ Nein. Erstattungsfähig sind die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Heilmittel - bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.	✔ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✔ Ja.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?			✓ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.		✓ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Nein. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, wenn diese für Deutschland üblich sind.
- Logopädie	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel						
- offener Hilfsmittelkatalog?	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
- Krankenfahrräder ohne (Summen-) Begrenzung?	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✓ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Kunstaugen) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.  Hinweis: Perücken werden bis max. 600 EUR je Perücke erstattet.	✓ Ja, Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✓ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Prothesen, Epithesen, Haarsatz).	✓ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✓ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✓ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✓ Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen) werden bis 400 EUR erstattet.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser einschl. Brillengestelle oder Kontaktlinsen) werden wie folgt erstattet: - Einstärkengläser/Einstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser/Mehrstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR	✓ Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 400 EUR erstattet.  Bei einer Sehschwäche von mind. 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%. Hinweis: ab 8 Dioptrien: 600 EUR	✓ Brillen (keine Luxusausführung) und Kontaktlinsen werden ohne betragsliche Begrenzung erstattet. Der jeweils gültige Betrag, bis zu dem ein Brillengestell nicht als Luxusausführung angesehen wird, wird in der Mitgliederzeitschrift ausgewiesen, kann aber auch beim Versicherer erfragt werden.  Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre. Hinweis: Lt. Infoblatt 01.14 (nicht Bestandteil der Vertragsbedingungen): Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen, jedoch nicht in Luxusausführung. Derzeit sind dies 180 EUR für Brillengestelle, Gläser zu 100%, Kontaktlinsen 300 EUR – bei medizinischer Notwendigkeit zu 100%.	✓ Sehhilfen (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Arbeitsbrillen) werden bis 500 EUR erstattet.	✓ Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen werden bis max. 250 EUR erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, systemische Therapie, Verhaltenstherapie) ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Pro Versicherungsfall sind 100% der Aufwendungen für die 1. bis zur 30. Sitzung, 70% der Aufwendungen ab der 31. Sitzung erstattungsfähig.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.	⚠ 15% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	✓ Keine unüblichen Einschränkungen.	✓ Keine unüblichen Einschränkungen.	✓ Keine unüblichen Einschränkungen.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✓ 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 (als nächstgelegenen gilt jeder der genannten Leistungserbinger innerhalb von 100 Kilometern).	✓ Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/Chemotherapie oder Nierendialyse) werden zu 100% erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten zu 75%).	✓ Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✓ Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✓ Erstattungsfähig sind Fahrten mit einem Taxi, einem öffentlichen Verkehrsmittel oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) zu: - ambulanten Chemotherapie oder - ambulanten Strahlenbehandlung oder - Dialysebehandlung. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR vergütet.	✓ Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zur Dialyse, Chemotherapie und Strahlentherapie; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus (als nächstgelegenen gilt jeder der genannten Leistungserbinger innerhalb von 100 Kilometern). Krankenfahrten (Hin- und Rückfahrt) werden bis 50 EUR pro Fahrt erstattet (im privaten PKW liegt der Erstattungshöchstbetrag bei 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer).	✓ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit zu 100% erstattet.	⚠ Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	✓ Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.	⚠ Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug (hin und zurück)): - im Zusammenhang mit einer ambulanten Anschlussrehabilitation - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation - für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	⚠ Ja, Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit sind erstattungsfähig, sofern die Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.
- Ambulante Notfalltransporte?	✓ Ja, unfall- oder notfallbedingte Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten des Notarztes sind erstattungsfähig.	✓ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall zu 100% erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.	✓ Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.	✓ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✓ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Fahrten/Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungshubschrauber, Taxi, privates Kraftfahrzeug) zum Arzt/Facharzt oder Krankenhaus bei Unfällen (am Unfalltag) bzw. zur Erstversorgung bei akuten Zuständen. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR vergütet.	✓ Ja, Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus bei medizinischen Notfällen oder Unfällen; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	 Für Verbandmaterialien und Arzneimittel (incl. Harntest- und Bluttest-Streifen (zum Selbsttest, keine Schwangerschaftstests)) fällt eine Selbstbeteiligung von 800 EUR p. a. an.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	 Arznei-/Verbandmittel (hierzu gehören auch Harn- und Blutteststreifen) sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Harn- und Blutteststreifen gehören zu den erstattungsfähigen Arznei- und Verbandmitteln. Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel werden bis 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren (sowie sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen).	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	 Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege) sind erstattungsfähig.	 Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherer bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	 Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegefachkräfte ist erstattungsfähig, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen (Behandlungspflege (insbesondere auch medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege), Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (bis zu 4 Wochen), Leistungen der Unterstützungspflege (bis zu 4 Wochen)) durchführen kann. Der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) muss einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnen. Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	 Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	 Ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (auch psychiatrische Pflege sowie Intensiv-Behandlungspflege) wird nach vorheriger schriftlicher Zusage zu 100% erstattet, sofern der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend des Versorgungsvertrages berechnet werden. Erstattungsfähig unter bestimmten Voraussetzungen sind auch Aufwendungen für: - Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in häuslicher Umgebung; bis zu vier Wochen, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI besteht - stationäre Kurzzeitpflege in einer zugelassenen Einrichtung nach SGB XI oder einer anderen geeigneten Einrichtung, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach dem Tarif der Pflegepflichtversicherung besteht (Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten werden nicht vergütet).	 Ja. Versichert ist die medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte (medizinische Behandlungspflege). Intensiv-Behandlungspflege (besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, der die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle erfordert) wird auch in stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheim) erstattet. Der Versicherer empfiehlt, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag (Intensiv-Behandlungspflege), Art und Dauer der Behandlungspflege mit ihm abzustimmen. Häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege), sofern ärztlich verordnet, wird erstattet, wenn eine Behandlung im Krankenhaus nötig, aber nicht durchführbar ist oder dadurch eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt wird - pro Versicherungsfall max. 4 Wochen. Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.

Leistungsvergleich Ambulant

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
- Palliativversorgung?	Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 SGB V, sofern - 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.	Erstattungsfähig sind zu 100% ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Anspruch auf Erstattung der Leistungen haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet. Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.	Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Gebühren sind zu 100% bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären. Ein Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen und Altersheimen.	Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre, wenn - die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und - eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Anspruch auf Erstattung unter den o. g. Voraussetzungen haben auch Versicherte in Altersheimen, stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen.	Ja. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird erstattet - gemäß den jeweils abgeschlossenen Verträgen zwischen den Palliativ-Teams und den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen.	Ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist versichert, vorausgesetzt, es liegt eine unheilbare und fortschreitende Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung vor und die Palliativ-Versorgung ermöglicht die Betreuung in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung der versicherten Person (auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize). Erstattet werden ärztliche und pflegerische Leistungen und Organisation bis zu dem Betrag, der auch für einen GKV-Versicherten für die Versorgung abgerechnet wird. Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen	⚠ 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.	✔ Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	✔ Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	✔ Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die den Gebührenordnungen für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer). Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Stationär						
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	✔ Ja. Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich: - bei Notfallbehandlung oder medizinisch notwendiger stationärer Operation - 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 erforderte 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.	✔ Ja. Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftlich Leistungszusage berufen, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.	✔ Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	✔ gültig für Bestands- und Neukunden: Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, - wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder - im Falle einer Anschlussheilbehandlung (Besonderheiten/Voraussetzungen s. Leistungspunkt "AHB"). Hinweis: gültig für Neukunden mit Beginn 01.2018 und später (Teil I (MB/KK 2009), Teil II (TB/KK 2013) - Fassung Januar 2018 (PM 22u – 08.17)); Eine schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.	✖ Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine akut stationäre Behandlung handelt. - es sich um eine Anschlussrehabilitation handelt.	✔ Der Versicherer kann sich auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: - die stationäre Einrichtung an der versicherten Person nur Heilbehandlungen durchführt, für die eine stationäre Behandlung notwendig ist oder - eine Einweisung wegen eines Notfalls erfolgt ist oder - es sich um das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes der versicherten Person handelt oder - während des Aufenthaltes in einer gemischten stationären Einrichtung eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung notwendig macht oder - es sich um eine Anschlussheilbehandlung (Rehabilitation) handelt.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig. Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.	✔ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für die stationäre Versorgung in einem Hospiz sind erstattungsfähig.	✔ Für eine notwendige stationäre Versorgung in einem Hospiz wird geleistet, wenn - die versicherte Person an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - die Lebenserwartung voraussichtlich auf Wochen oder wenige Monaten begrenzt ist, - eine ärztliche Verordnung vorliegt und - das Hospiz von der GKV durch Versorgungsvertrag zugelassen ist. Erstattungsfähig sind - einschließlich der Leistungen der Pflegepflichtversicherung - 100% der Aufwendungen bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre.	✔ Ja. Versichert ist die stationäre und teilstationäre Versorgung in Hospizen, die palliativ-medizinische Behandlungen durchführen. Es werden die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden. Kosten, für die ein anderer Kostenträger leisten muss (vor allem die private Pflegepflichtversicherung), werden nicht ersetzt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	✔ Zahnbehandlung (incl. professionelle Zahnreinigung) ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung inkl. Zahnvorsorge (professionelle Zahnreinigung (GOZ-Ziffer 1040, zweimal im Kalenderjahr) und zahnmedizinische Vorsorgeleistungen) ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung und Prophylaxemaßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching) sind zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	✔ Zahnersatz (hierzu gehören u. a. auch Kunststoff- und Keramik-Verblendungen, Keramik-Verblendschalen (Veneers)) sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie) einschl. Aufbissbehelfen und Schienen sind zu 85% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 75% erstattungsfähig. Hinweis: Der Erstattungssatz steigt auf 85%, wenn in den drei Versicherungsjahren, die dem Beginn der Zahnersatzmaßnahme vorausgingen, jährlich Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und der Tarif Komf Zahn-U während dieser Zeit bestanden hat.	✔ Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 75% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz wird zu 90% erstattet. Keramikverblendungen sind bis einschl. Zahn 8 erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie (%)?	✔ Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig. Hinweis: Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 85% erstattet.	✔ Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie ist bis Alter 20 erstattungsfähig. Die Altersbegrenzung entfällt bei Unfall oder schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferfehlstellung).	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden. Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✘ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	✘ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.

Leistungsvergleich Zahn

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.	 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.	 Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	 Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	Nein. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu den Höchstsätzen der deutschen GOÄ und GOZ. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts (kann durch gesonderte Vereinbarungen ausgedehnt werden). Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus verlängert werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: außereuropäisches Ausland: Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn a) beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer KV Voll sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im 1-Bettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus besteht (Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der KV Voll für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) mit zusätzlicher Beitrag getroffen wird). b) die PPV während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird. Anderenfalls besteht während der ersten 3 Monate ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 3 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	✔ MAS.2: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung. URZ: Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit.	✔ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate. Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von 12 Monaten nach Beginn des Aufenthalts im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.	✔ S1., AM31., Z8: Es besteht - zeitlich unbegrenzter - weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✔ Rücktransport aus dem Ausland ist zu 100% erstattungsfähig (auch im Ambulanzflugzeug). Überführungskosten werden zu 100% ersetzt, Bestattungskosten im Ausland ebenfalls zu 100%, max. jedoch bis zu der Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung angefallen wären.	✔ Die Mehrkosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Überführungskosten in das Heimatland werden bis zu 5.200 EUR erstattet.	✔ Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig - Rettungsfüge 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.	✔ MAS.2: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. URZ: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären. 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €. 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre.	✔ Nach vorheriger Leistungszusage werden Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen Krankenrücktransport aus dem Ausland (ggf. auch für eine mitversicherte Begleitperson) zu 100% vergütet, ohne Zusage max. 5.000 EUR bei Rücktransport aus dem europäischen Ausland und 10.000 EUR bei Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland. Überführungskosten werden zu 100% ersetzt, ebenso wie Bestattungskosten im Ausland, max. jedoch bis zu der Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung an den Ort entstanden wären, an dem die versicherte Person zuletzt ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte. Erstattungsfähig sind auch unter bestimmten Voraussetzungen Mehrkosten bis zu 5.000 EUR je Versicherungsfall für die Rückführung mitreisender minderjähriger - bei der INTER versicherten - Kinder (einschließlich Begleitperson) des nach Tarif JABest versicherten Erwachsenen aus dem Ausland an den Wohnsitz - bei Tod oder Rücktransport.	✔ S1.: Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport zur stationären Weiterbehandlung im Heimatland bei Krankheit oder Unfall: - bei einem versicherten Elternteil: inkl. der entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist - bei versicherten minderjährigen Kindern: inkl. der Kosten einer notwendigen Begleitperson Der Versicherer organisiert den Transport. Im Todesfall sind die Kosten für die Überführung der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis maximal 12.000 EUR versichert. Bergungskosten werden bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall erstattet, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. private Unfallversicherung). AM31.: Rücktransporte aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Bei vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ortsüblichen Kosten geleistet.	✔ Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt innerhalb der EU/des EWR oder der Schweiz besteht Versicherungsschutz in vollem Umfang (Aufenthalte bis zu 6 Monate (inkl. vorübergehender Unterbrechungen) werden immer als vorübergehend angesehen). Es kann auch die Umwandlung in eine Anwartschaft beantragt werden.	✔ Ja. Bei vorübergehender Verlegung von bis zu 12 Monaten (Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden zusammengezählt) innerhalb der EWR- Vertragsstaaten/in die Schweiz bleibt der volle tarifliche Leistungsumfang erhalten.	✔ S1.: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen. Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet. AM31.: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind - auch bei Entbindung - die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen), versichert, die den Gebührenordnungen und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Die Kostenerstattung ist begrenzt auf den Betrag, der bei einer Behandlung in einem deutschen Krankenhaus mit dem höchsten Landesbasisfallwert, das dem Anwendungsbereich der BPIV oder dem KHEntG unterliegt, angefallen wäre. Behandlungen durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt werden bis zum Höchstsatz der deutschen GOÄ erstattet. Z8: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu den Höchstsätzen der deutschen GOÄ und GOZ.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
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. Erlangung des Facharzttitels, Niederlassung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.	✔ Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere SB-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.		✔ Das Optionsrecht kann zum Ende des 3., 5. und 10. Versicherungsjahres seit Versicherungsbeginn der betreffenden versicherten Person im Tarif INTER Opti ausgeübt werden; Beantragung frühestens 6 Monate im Voraus möglich.	✔ ⚠ S1., AM31., Z8: Bei Erreichen des 30., 35., 40., 45. oder 50. Lebensjahres kann der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umgestellt werden. Termin der Umstellung ist der 1. des Geburtsmonats; Antragstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: S1., AM31., Z8: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?		✔ Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Einmalig bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. -qualifikation der versicherten Person - Erlangung des Facharztstitels - Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt - Niederlassung - Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person (in diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind) - Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet	✔ Zusätzliches, anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung - innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre: - einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person - einmal bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestelltentätigkeit und Selbstständigkeit - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland Des Weiteren ist nach Reduzierung des Versicherungsschutzes (max. zweimal) eine Rückumstellung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif möglich.		✔ Anlassbezogenes (alternatives) Optionsrecht auf Erweiterung, bei Wechsel - aus dem Angestelltenverhältnis in eine selbstständige/freiberufliche Tätigkeit - aus einer selbstständigen/freiberuflichen Tätigkeit in ein Angestelltenverhältnis - des Arbeitgebers. Beantragung unter Vorlage eines Nachweises innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses.	✔ S1., AM31., Z8:  Ja, das Optionsrecht kann auch zu folgenden Ereignissen ausgeübt werden: - bei Entsendung ins Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist, - bei Aufhalten im Ausland, die länger als 182 Tage zusammenhängend dauern, - einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person, - bei Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt Ausbildung, Bachelor, Master, Staatsexamen), sofern eine der Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. - bei Heirat/Eintragung einer Lebenspartnerschaft, - bei Scheidung/Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, - bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner, wenn beide Partner nach diesem Tarif versichert sind. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs, - bei einer Einkommenserhöhung von mindestens 20% innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Tätigkeit (bei Selbstständigen: Einkommensnachweis der letzten 3 Jahre erforderlich). Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses, welches nachzuweisen ist, beantragt werden. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: S1., AM31., Z8: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	 Der Versicherer ist für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung (oder Unfallversicherung) notwendig bleiben. Hinweis: Leistungen nur für Anschlussheilbehandlungen „im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation“.	Nein. Wahlleistungen werden nicht erstattet.	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	 Ja. Sofern ein gesetzlicher Rehabilitationsträger dem Grunde nach leistungspflichtig ist, wird bei diesem vor Beginn der AHB ein Antrag auf Leistungen schriftlich gestellt und beschieden. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Werden diese Voraussetzungen aus Gründen, welche die versicherte Person zu vertreten hat, nicht erfüllt, ist der Versicherer nur in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Abzug der vom gesetzlichen Rehabilitationsträger sonst bewilligten Leistungen verbleiben würden.	Nein. Wahlleistungen sind nur erstattungsfähig, soweit für Aufwendungen einer Anschlussreha bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann.	S1.: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn andere Kostenträger nicht leisten müssen. AM31.: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Anschlussheilbehandlung/AHB (Behandlungserfolg kann nicht durch einzelne ärztliche oder physikalisch-medizinische Maßnahmen erzielt werden), die innerhalb von 2 Wochen (je nach zu behandelnder Erkrankung oder Unfallfolge ggf. auch später) nach Entlassung aus der akuten stationären Heilbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird, werden – nach vorheriger schriftlicher Zusage (ggf. Befundbericht erforderlich) – folgende Aufwendungen – zu 100% - erstattet: - ärztliche Leistungen, die als Bestandteil der Leistungen der Rehabilitationseinrichtung berechnet werden, - Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, - Beratungs- und Schulungsleistungen. Bei Durchführung einer neurologischen oder geriatrischen AHB ist die Erstattung für Leistungen der Einrichtung auf 200 EUR pro Behandlungstag begrenzt und bei sonstigen AHB auf 150 EUR. Zusätzlich werden gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach GOÄ zu 100% ersetzt.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 S1.: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant AM31.: Ja. Leistung vorhanden, s. o.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ Bei einer medizinisch notwendigen (teil-) stationären AHB (Behandlungserfolg kann nicht durch ambulante Maßnahmen erzielt werden), die innerhalb von 2 Wochen (je nach zu behandelnder Erkrankung oder Unfallfolge ggf. auch später) nach Entlassung aus der akuten stationären Heilbehandlung durchgeführt wird, werden – nach vorheriger schriftlicher Zusage (ggf. Befundbericht erforderlich) – folgende Aufwendungen – zu 100% - erstattet: - allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem KHEntg oder der BPFIV berechnungsfähig sind (ggf. einschl. Begleitperson), wahl- und belegärztliche Leistungen, gesondert berechnungsfähige Unterkunft (1-, 2-Bettzimmer) bzw. - in einem Krankenhaus, das nicht dem KHEntg oder der BPFIV unterliegt: Unterkunft (1-, 2-, Mehrbettzimmer), Verpflegung, Krankenhauspflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, medizinisch begründete Nebenkosten (ggf. einschl. Begleitperson), die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte sowie gesondert berechnete ärztliche Leistungen.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ S1.: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM31.: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	✖ Nein. AHB werden nur nach vorheriger Zusage erstattet (ambulant: Erstattungshöchstbeträge beachten, s. o.).	✖ 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).	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ S1., AM31.: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ S1.: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant AM31.: Ja. Leistung vorhanden, s. o.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 MAS.2 URZ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN
Monatsbeitrag:	705,95 €	608,94 €	626,54 €	616,94 €	527,36 €	529,16 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	82 %	79 %	91 %	88 %	91 %	88 %
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ Bei ärztlich verordneten stationären Behandlungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation (stationäre Rehabilitationsbehandlung) werden folgende Aufwendungen - zu 100% (unter Anrechnung der Selbstbeteiligung) - erstattet: - Unterkunft und Verpflegung in Krankenhäusern, - ärztliche Leistungen, - Kur- oder Rehabilitationsplan, - Arzneimittel, die von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind, - Kurmittel, - physikalische Therapie, die von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet worden ist, - Kurtaxe. Die Erstattung ist auf max. 1.000 EUR je Maßnahme begrenzt; erneuter Anspruch frühestens 24 Monate nach Abschluss der vorangegangenen Behandlung. Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ S1.: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM31.: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Es werden nur sonstige stationäre Reha-Maßnahmen erstattet (bis 1.000 EUR je Maßnahme).	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).	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	✔ S1., AM31.: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Geburtsschäden oder angeborener 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, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, umfasst der Versicherungsschutz auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Behinderungen).
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Beitragshistorie (grafisch)

Nachfolgend sehen Sie die Beitragshistorie der vorgeschlagenen Tarife am Beispiel eines 35 jährigen Mannes.

