

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: Ärtetarife
Nachname: Arzt niedergelassen
Geburtsdatum: 01.01.1989
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Mediziner/in freiberuflich
Status: Erwachsene/r (mit PPV Beitrag)

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.01.2026
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
	PREMIUM-MED SP2 PVN	717,14 €
	VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	640,29 €
	VHV2E+ PVN	787,79 €
	JABest 2 INTER Opti PVN	679,21 €
	AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	664,84 €
	MAS.2 URZ PVN	780,81 €

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.

					
PREMIUM-MED 550,23 €	VA6-900-U 446,60 €	VHV2E+ 650,15 €	INTER Opti 9,10 €	AM31 (Ärzte) 260,40 €	MAS.2 642,34 €
Kompakttarif 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 100% Psychotherapie (bis zur 30. Sitzung p. a., danach 80%) 100% Mehrbettzimmer + Belegarzt (bis Regelhöchstsatz) 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie fallbezogene Selbstbeteiligung für den ambulanten und zahnärztlichen Bereich - z. B. 20 EUR je Arztbesuch, je Hilfsmittel, je Medikament (außer Generika) - Begrenzung auf insgesamt max. 500 EUR p. a., Kinder/Jugendliche 250 EUR p. a. AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.1.2020 - 7e.2105/12.19, Teil II (Tarif mit TB), Stand 1.9.2021 - 7e.10119/09.21 Tarif für Humanmediziner, Zahnmediziner, jeweiliger Ehepartner und Kinder Beitragsstand: 01.01.2026	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_gültig ab 01/2025 Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige. Beitragsstand: 01.01.2026	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, Privatzt) Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie Selbstbehalt: 1.320 EUR p. a. AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0123 DT + Teil III (Tarif VHV+)_K 4622 0125 DT Beitragsstand: 01.01.2026	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	Ambulanter Tarif mit 30% Selbstbeteiligung, max. 960 EUR p.a. (hältige 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 Ausbildung befinden, sind nach AM31 (A) (Arztkinder) versicherbar (über "Alttarif hinzufügen" anzeigbar) AVB, Teil IIa_Stand: 01.01.2022_1.567a/01.22 Neukunden ab Alter 56: zusätzlicher ärztlicher Untersuchungsbericht erforderlich Beitragsstand: 01.01.2026	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 – 08.24_Teil III (Tarif MAS)_PM 5u – 08.24_Fassung Januar 2025 Beitragsstand: 01.01.2026

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

					
SP2 34,96 € Stationäre Zusatzversicherung: - 2-Bettzimmer - wahlärztliche Behandlung AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.7.18 - 7e.10500/06.18; Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), Stand 1.7.18 - 7e.10100/07.18 Beitragsstand: 01.01.2024	Komfort Zahn-U 69,46 € 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_gültig ab 01/2025 Beitragsstand: 01.01.2026		JABest 2 543,06 € 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: 01.04.2024 Beitragsstand: 01.01.2026	S1 (Ärzte) 204,08 € 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: 01.01.2026 Z8 75,08 € Zahntarif: - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 80% - Kieferorthopädie: 80% Beitragsstand: 01.01.2025	URZ 1,50 € Auslandsreise-Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen. Beitragsstand: 01.01.2019
Gesetzlicher Zuschlag: 58,52 €	Gesetzlicher Zuschlag: 51,61 €	Gesetzlicher Zuschlag: 65,02 €	Gesetzlicher Zuschlag: 54,31 €	Gesetzlicher Zuschlag: 53,96 €	Gesetzlicher Zuschlag: 64,23 €
PVN 73,43 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026	PVN 72,62 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026	PVN 72,63 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026	PVN 72,74 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026	PPN 71,32 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026	PVN 72,74 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026
Gesamtbeitrag mtl.: 717,14 € Arbeitnehmeranteil mtl.: 0,00 € Effektivbeitrag inkl.SB mtl.: 758,81 €	640,29 € 0,00 € 715,29 €	787,79 € 0,00 € 897,79 €	679,21 € 0,00 € 779,21 €	664,84 € 0,00 € 744,84 €	780,81 € 0,00 € 880,81 €

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.

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Selbstbehalt p.a.:	500,00 €	900,00 €	1.320,00 €	1.200,00 €	960,00 €	1.200,00 €
SB Art *:	AZ	AS	ASZ	A	A %	ASZ
Arbeitnehmeranteil:						
Effektivbeitrag **:	758,81 €	715,29 €	897,79 €	779,21 €	744,84 €	880,81 €
Erfüllungsgrad						
Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Erfüllte Beratungsschwerpunkte	3 von 3	2 von 3	2 von 3	2 von 3	2 von 3	2 von 3
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär						
	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	85 %	75 %	85 %	90 %	80 %	75 %
Kieferorthopädie	85 %	75 %	85 %	100 %	80 %	75 %

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.

		 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad							
Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Selbstbeteiligung (SB)							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		500,00 € ⚠ Hinweis: Der Tarif sieht eine fallbezogene Selbstbeteiligung (SB) vor - die Summe aller hier genannten SB ist auf 500 EUR p. a. begrenzt (= Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Bei unterjährigem Beginn ermäßigt sich die max. zu tragende SB für das Beginnjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand.	900,00 € ✗	1.320,00 € ✗	1.200,00 € ✗	960,00 € ✗ ⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel.	1.200,00 € ✗
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		420,00 €	900,00 €	1.320,00 €	1.200,00 €	750,00 €	1.200,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)					✓	✓	
- SB prozentual (bzw. keine SB)						✓	
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)	 ⚠	✓ Hinweis: Begrenzung SB-Summe p. a. für Kinder/Jugendliche: 250 EUR (die jeweilige - fallbezogene SB ist dieselbe wie für Erwachsene).	✓		✓	✓	
- Vorsorgeuntersuchungen werden nicht auf SB 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
- Schutzimpfungen werden nicht auf SB angerechnet			✓	✓	✓		
Haus-/Primärarztprinzip							
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ...%		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Gebührenordnung ambulant							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:		717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	✓	✓	✓		✓
- 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.	✓	✓		✓
- xx % Erstattung		100,00 %  Hinweis: Heilpraktikerleistungen werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag erstattet (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	100,00 %	100,00 %	100,00 %		100,00 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	2.000,00 €	unbegrenzt	unbegrenzt		unbegrenzt
- mind. bis Höchstsatz GebÜH		✓	✓	✓	✓		✓
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebÜH hinaus)		✓	 Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.		 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.		
- alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte		✓	 Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.		✓		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Vorsorge							
- über gesetzliche Programme						 	
						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							
Heilmittel							
Definition Heilmittelkatalog							
- Erstattung in %		100,00 % 	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
		Hinweis: Heilmittel werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von max. 20 EUR je Heilmittel an einem Behandlungstag erstattet.					
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 € 	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
		Hinweis: Für Heilmittel fällt nur die fallbezogene SB an (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).					
- keine pauschalen Beschränkungen							
- 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							
Definition Hilfsmittelkatalog							
- Erstattung in %		100 % 	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Hinweis: Hilfsmittel werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von max. 20 EUR je Hilfsmittel erstattet.					
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 € 	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
		Hinweis: Wenn vor dem Kauf eines Hilfsmittels, das mehr als 1.000 EUR kostet, ein Kostenvoranschlag eingereicht wird, fällt nur die fallbezogene SB an (s. auch Leistungspunkt "keine Beschränkung der Bezugsart/Zusageerfordernis"); Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR.					
- offener Hilfsmittelkatalog							
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel							
- mindestens funktionale Standardausführung							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis				✓		✓	✓
- Atemmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Heimdialysegerät		✓	✓	✓	✓	✓	
- Krankenfahrrühle ohne (Summen-) Begrenzung	🚗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Hör-/Sprechgeräte		✓ ⚠️	✓ ⚠️	✓	✓	✓ ⚠️	✓
		Hinweis: Hörgeräte (apparative) einschl. dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden je Ohr bis 1.500 EUR p. a. erstattet; voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen (z. B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen) und Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung.			Hinweis: Hörgeräte und Tinnitus-Masker/Noiser werden pro Ohr bis max. 2.500 EUR innerhalb eines Kalenderjahres erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	
- Orthopädische Schuhe		✓	✓ ⚠️	✓ ⚠️	✓ ⚠️	✓	✓
			Hinweis: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen werden bis 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattet.		
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Blindenlese-/Vorlesegerät		✓	✓ ⚠️	✓	✓	✓	✓
			Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.				
- Körpersersatzstücke ohne Summenbegrenzung	🚗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Prothesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kunstaugen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Orthesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sehhilfen							
- Erstattung xx €		400,00 € ⚠️	300,00 € ⚠️	400,00 € ⚠️	500,00 €	250,00 €	unbegrenzt ⚠️
		Hinweis: Beitragszuschlag von 10 EUR monatlich, sofern bei Vertragsabschluss eine Sehschwäche vorliegt (alternativ kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden).	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	Hinweis: ab 8 Dioptrien: 600 EUR			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%.
- Anspruch mind. alle ... Monate		24	24	24	24	36	12
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung							
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		5.000,00 € ⚠️	unbegrenzt	4.000,00 € ⚠️	5.000,00 €	3.000,00 € ⚠️	3.000,00 €
		Hinweis: in den ersten 2 Kalenderjahren: 800 EUR wenn bei Vertragsabschluss Sehschwäche vorliegt: 3.000 EUR ab dem 3. Kalenderjahr		Hinweis: frühestens nach 2 Jahren		Hinweis: frühestens nach 36 Monaten	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	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: Die ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Sitzung (aber nicht mehr als 30% vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag) erstattet (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Ab der 31. Sitzung erfolgt die Erstattung zu 80%.	  Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.				
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage							
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 Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)			 Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.			 Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).	
- ambulante Notfalltransporte							
Arznei-/Verbandmittel							
- ohne zusätzliche SB		  Hinweis: Es fällt nur die fallbezogene SB von 20 EUR je Arzneimittel, je Verbandmittel, je Impfstoff an (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR); sie entfällt für Arzneimittel/ Impfstoffe, die als Generika bezogen werden.		  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: Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel werden bis 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/parenteral hinaus)				✓	✓	✓	✓
sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Behandlung in Krankenhausambulanzen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kurleistung ambulant							
Kurleistung ambulant				✓	✓	✓	✓
- Verzicht auf Kurortklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulant							
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungsvergleich Stationär

		 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Stationär							
1-Bettzimmer			✓		✓	✓	
2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mehrbettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/ Spezialist)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
Gebührenordnung Stationär							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- 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.
Privatkliniken							
Privatkliniken		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- allg. Krankenhausleistungen mind. 200% KHEntgG/BPRV		✓		✓	✓	✓	✓
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓		✓	✓	✓	✓
Stationär							
Krankentransporte bis zum nächstgelegenen Krankenhaus		✓	✓	✓	✓	✓  Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/ beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.	✓
Ersatzkrankhaustagegeld		✓	✓	✓	✓	✓	
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓  Hinweis: Krankenhausbehandlungen im Ausland müssen innerhalb von 10 Tagen angezeigt werden.	✓	✓	✓	✓	✓
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓	✓	✓		✓	✓

Leistungsvergleich Stationär

		 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kurleistung stationär				✓		✓	✓
sonstiges		✓	✓	✓		✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Zahn							
Zahnbehandlung %		100,00 %  Hinweis: Zahnbehandlung (hierzu zählen auch Anästhesie- und Röntgenleistungen) sind zu 100% erstattungsfähig abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Zahnersatz %		85,00 %  Hinweis: Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	75,00 %  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.	85,00 %	90,00 %	80,00 %	75,00 %
Kieferorthopädie %		85,00 %  Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	75,00 %  Hinweis: Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 85% erstattet.	85,00 %	100,00 %	80,00 %	75,00 %
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Gebührenordnung Zahn							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)			 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-/Lstg.verzeichnis, (orts-/übl. Preise/angemessene Erstattung)							

Leistungsvergleich Zahn

		 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Summenbegrenzung max. Jahre		6	4 	0 	0	4	10
			Hinweis: Zahnstaffel bei 5 - 6 fehlenden Zähnen: Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr auf 500 EUR begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis der vollständigen Sanierung des Gebisses.	Hinweis: individuelle Zahnstaffel - Begrenzung der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge - bei 2 fehlenden Zähnen auf 250 EUR im 1. Kalenderjahr (Kj.), 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. - bei 3 fehlenden Zähnen auf 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj.			
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage							
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung				✓		✓	✓
- sonstiges			✓	✓	✓	✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:		717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2021	2013	2013	2016	2017	2013
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		0			0	0	0
- Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):				1994			1992
Antragsfragen/Annahmerichtlinien							
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre		✓	✓	✓	✓		✓
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre							
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"							
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		9	6	3	5		3
Kinder alleine versicherbar ab Alter			16	0	1		6
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr		2,00					
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER		2,00					
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr							
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER							
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr		 Hinweis: BRE erst nach 2 leistungsfreien Jahren		1,00	1,50  Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	2,00	1,00
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER		 Hinweis: Kinder erhalten die gleiche BRE wie Erwachsene.		1,00	1,50	2,00	1,00
- BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr			800,00 €  Hinweis: zzgl. evtl. Verhaltensboni, s. Textübersicht				
-BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER			200,00 €				
- Vorsorgeuntersuchungen BRE-unschädlich			✓	✓	✓	✓  Hinweis: Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	✓  Hinweis: Die BRE-unschädliche Erstattung gilt nur für die Vorsorgegutscheine.
- Schutzimpfungen BRE-unschädlich			✓	✓	✓		
- weitere / andere Leistungen BRE-unschädlich			✓	✓			
- anteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn (Rumpfljahr)		✓	✓	✓	✓	✓	
- Anrechnung Vorversicherung (VV) auf BRE-Staffel				 Hinweis: Bei Umstellung in Vollversicherungstarife werden die leistungsfreien Jahre aus allen Barmenia-Ergänzungstarifen (Ausnahme: Optionstarife, bKV-Tarife) auf die BRE-Staffel angerechnet.			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		 Die Continental PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		12	6 	3 	12	unbegrenzt	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 Versicherten 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 zusätzlichem 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		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland			✓		✓	✓	✓
Optionsrecht auf Höherversicherung							
Optionsrecht auf Höherversicherung			✓	✓	✓	✓ 	
						Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).	
- Anzahl feste Optionszeitpunkte			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.	
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen			✓	✓	✓	✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		 Die Continental PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- keine Beschränkung der Zieltarife			✓ ⚠ Hinweis: VA6-U: Es ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.	✓	✓	✓	
- Optionsrecht auch für über Kindermachversicherung versicherte Personen			✓ ⚠ Hinweis: Für im Rahmen der Kindermachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.	✓	✓	✓	
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung			✓ ⚠ Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.		✓	✓	
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...			unbegrenzt	unbegrenzt	49	50 ⚠ Hinweis: S1., AM31., Z8: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))							
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?		⚠ Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.					⚠ Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.
- ambulante Anschlussreha	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- stationäre Anschlussreha	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen	✓	✗	✗	✓ ⚠ Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✓	✓	✓
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen			✓	✓		✓	
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen				✓		✓	
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen				✓ ⚠ Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.		✓	
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen		✓		✓		✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		 Die Continental PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Spermazellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: auch mitversichert, nach vorheriger schriftlicher Zusage: Aufwendungen* für eine einmalige Kryokonservierung, wenn der Versicherte eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und Leistungen für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung beanspruchen könnte. * Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, Transport, Einfrieren, Lagerung (nur, solange ein Leistungsanspruch besteht), späteres Auftauen von Ei- bzw. Spermazellen oder Keimzellgewebe
- Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung		✓	✓	✓	✓		✓ ⚠ Hinweis: Pauschale bei Hausgeburten
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)		✓ ⚠ Hinweis: DiGA für den ambulanten Bereich!	✓ ⚠ Hinweis: VA6-900-U: DiGA für den ambulanten Bereich!	✓	✓	✓	✓
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss		✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die allgemeine Wartezeit von drei Monaten und (für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) die besonderen Wartezeiten von acht Monaten; sie entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.	✓	
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtschäden/Anomalien		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓
- Verbesserte Kriegsklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2	2	2	2	1	2
sonstiges			✓	✓	✓	✓	

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Selbstbeteiligung (SB)						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	 Die SB beträgt jeweils 20 EUR je Behandlungstag für - ärztliche Leistungen (einschl. refraktiver Chirurgie, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, med. Schulungen bei chronischen Krankheiten, künstlicher Befruchtung und für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die vom behandelnden Arzt beauftragt werden (z. B. Laboruntersuchungen, Rezeptausstellungen)) - ambulante Anschlussrehabilitationen - soziotherapeutische Leistungen - Leistungen von Hebammen/Entbindungspflegern - Heilpraktikerleistungen - häusliche Krankenpflege - spezialisierte ambulante Palliativversorgung - sozialpädiatrische Leistungen - sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen - zahnärztliche Leistungen sowie jeweils 20 EUR je - Arzneimittel/Verbandmittel/Impfstoff (keine SB bei Bezug von Generika) - Heilmittel an einem Behandlungstag - Hilfsmittel - Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen - Krankentransport - Tag für eine Haushaltshilfe und - für jede psychotherapeutische Sitzung (für max. 30 Sitzungen p. a., aber nicht mehr als 30% vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag). Sind die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte SB, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag. Hinweis: Der Tarif sieht eine fallbezogene Selbstbeteiligung (SB) vor - die Summe aller hier genannten SB ist auf 500 EUR p. a. begrenzt (= Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Bei unterjährigem Beginn ermäßigt sich die max. zu tragende SB für das Beginnjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand.	 Die Selbstbeteiligung ist auf 900 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	 Die Selbstbeteiligung ist auf 1.320 EUR 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.	 Die Selbstbeteiligung ist auf 1.200,- € pro Kalenderjahr begrenzt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 420 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 200 EUR SB = 800 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR* - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung ./.. 20 EUR SB = 780 EUR - 10 Heilmittel (an 10 Tagen) je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung ./.. 200 EUR SB = 0 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente*, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 80 EUR. * bei Bezug von Generika	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 900 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 900 EUR SB = 100 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR (bei Einschaltung VR) - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 1.320 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 1.000 EUR SB = 0 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung ./.. 320 EUR SB = 180 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 1.200 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 1.000 EUR SB = 0 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung ./.. 200 EUR SB = 300 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR* - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel*, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR. * bei Einschaltung VR	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 750 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 70% Erstattung = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 70% Erstattung = 350 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 70% Erstattung = 560 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 70% Erstattung = 140 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 210 EUR.	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 1.200 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 1.000 EUR SB = 0 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung ./.. 200 EUR SB = 300 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.
- Selbstbehalt nur ambulant?	Die Selbstbeteiligung gilt für den ambulanten und zahnärztlichen Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant und stationär).	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	 Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	 Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).
- prozentualer Selbstbehalt?	Es besteht eine fallbezogene Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	 Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Begrenzung SB-Summe p. a. für Kinder/Jugendliche: 250 EUR (die - jeweilige - fallbezogene SB ist dieselbe wie für Erwachsene).	 Die Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche beträgt bis zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, pro Versicherungsjahr 450 EUR.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	 Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, die hälftige Selbstbeteiligung.	 Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die hälftige Selbstbeteiligung.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	Die fallbezogene SB umfasst auch Vorsorgeuntersuchungen.	 Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	 Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen (auch zahnprophylaktische Leistungen) und die Entbindungspauschale fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.	 Die Selbstbeteiligung entfällt für Vorsorgeuntersuchungen, sofern für sie eine eigenständige Rechnung ausgestellt wird (und für die Leistung bei Bezug von Elterngeld).	Nein.	Nein.  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
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	Die fallbezogene SB umfasst auch Schutzimpfungen.	 Ja.	 Schutzimpfungen fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Schutzimpfungen bezeichnet werden.	 Schutzimpfungen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet, sofern für sie eine eigenständige Rechnung ausgestellt wird.	Nein.	Nein.
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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung 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.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der 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.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten für Heilbehandlungen auch ohne Anwendung der deutschen GOÄ erstattungsfähig, sofern diese Kosten im Aufenthaltsland ortsüblich sind.	⚠ 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.	✔ 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. Versichert sind die Kosten für Abrechnungen (auch bei Entbindung), die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden 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.	✔ Die Leistung ist 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Heilpraktikerleistungen werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag erstattet (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Behandlungen durch Heilpraktiker einschl. dazugehöriger Arznei- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet.	Keine Leistung vorhanden.	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen einschließlich verordneter Arzneimittel werden bis max. 2.000 EUR p.a. erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- mind. bis zum Höchstsatz GebüH erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind ohne Begrenzung auf die Höchstsätze des GebüH erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebüH hinaus) erstattungsfähig?	✔ Heilpraktikerleistungen umfassen (sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem GebüH und darüber hinaus auch) die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem den Tarifbedingungen angehangenen Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren ergeben - bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis genannten Gebührensätze und Höchsterstattungsbeträgen.	⚠ 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.	⚠ 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.	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.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	✔ Erstattungsfähig sind ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie im GebüH oder dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (Anlage zu den Tarifbedingungen) aufgeführt und nicht in der GOÄ enthalten sind - bis zu den Höchstsätzen der im Verzeichnis genannten Gebührensätze und Höchsterstattungsbeträgen.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.	✔ Aufwendungen für Methoden der besonderen Therapierichtungen nach dem Hufelandverzeichnis durch Ärzte werden einschließlich Arznei- und Verbandmittel zu 100% erstattet.	Ärztliche Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattungsfähig sind naturheilkundliche Behandlungen durch Ärzte.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔ Erstattet* werden Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle und - bis 500 EUR p. a. - darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen (bei unterjährigem Beginn Reduzierung des Erstattungshöchstbetrages im Beginnjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat). * abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR)	✔ 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".	✔ 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 (prädiaktive Gen-Tests).	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.
- Schutzimpfungen?	✔ Erstattet werden Schutzimpfungen einschl. Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als – Standardimpfung, – Indikationsimpfung, – Reiseschutzimpfung oder – aus beruflichen Gründen empfohlen werden. Darüber hinaus werden die Reiseschutzimpfung gegen Japanische Enzephalitis sowie die Malaria-Prophylaxe übernommen.	✔ 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.	✔ 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.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	✔ Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten).	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie - Ergotherapie - Podologie (- Palliativversorgung (physiotherapeutische Komplexbehandlung)) (- Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik, Geburtsvorbereitungskurs)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)	✔ Erstattungsfähig sind Heilmittel, d.h. Heilmaßnahmen, die von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden. Hierzu gehören - Inhalationen - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie (einschl. Stimmbildungen) - Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) - Podologie (medizinische Fußpflege) (- osteopathische Behandlung) (- therapeutisches Reiten (Hippotherapie)) (- Bewegungstherapie (Heileurythmie)) (- Schwangerschaftsgymnastik, Kurse zur Geburtsvorbereitung, Rückbildungs-/ Wochenbettgymnastik)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie (abschließende Aufzählung: Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, Packungen/ Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte-/ Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen) - Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) - Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) - Podologie - Ernährungstherapie (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler) (- physiotherapeutische Palliativversorgung, sofern Aufwendungen nicht bereits von SAPV umfasst) (- Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts-/ Rückbildungsgymnastik) (- Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer - nach vorheriger schriftlicher Zusage)
- Erstattung von Heilmitteln in %?	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Heilmittel werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von max. 20 EUR je Heilmittel an einem Behandlungstag erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✔ ⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Für Heilmittel fällt nur die fallbezogene SB an (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfesätze?	✔ 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. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstätzen.	✔ 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.	✔ Ja.	✖ Nein. Erstattungsfähig sind die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Heilmittel - bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	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.	✔ 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						
Hilfsmittel	✔ Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Unter den Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde. Erstattungsfähig sind die Kosten für ein Hilfsmittel einschl. Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch. Zudem sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher) erstattungsfähig, sofern dies für die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen – Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen), – Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind, – Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.	✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhschulungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdensprachdolmetscher) und künstliche Ernährung. Unter Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, die Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen. Erstattungsfähig sind auch medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie, Überwachung und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte), sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ Versichert sind ärztlich verordnete Hilfsmittel, die Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten sowie Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke. Neben der Erstattung von Wartungs- und Reparaturkosten werden auch Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln ersetzt.	✔ Erstattungsfähig sind medizinische Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke), die - Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen, - zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, - zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel) sowie - Anschaffung/Ausbildung eines Blindenhundes, - Hinzuziehen einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist - Unterweisung, Wartung und Reparatur (aber nicht von Sohlen und Absätzen orthopädischer Maßschuhe). nicht mitversichert: Hilfsmittel, deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind sowie Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Hilfsmittel werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von max. 20 EUR je Hilfsmittel erstattet.	 Erstattet werden: - zu 100%: orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen - zu 100% bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerh. v. 2 Tagen (ansonsten zu 75%): orthopädische Maßschuhe (abzgl. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Sprechhilfen, Körperersatzstücke, Orthesen, Herzschrittmacher, Gehstützen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore, Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Blindenstock, Blindenhund - elektronische Lesegeräte bis max. 2.450 EUR - Hörgeräte bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät - Perücken bis zu max. 520 EUR - Bettnässertherapiegerät bis max. 120 EUR - Allergikerbettwäsche (= Encasings) bis max. 200 EUR p. a. - Bewegungsschienen bis max. 600 EUR pro Versicherungsfall - Tens-/EMS-Geräte bis max. 150 EUR pro Gerät - weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, in funktioneller Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	 Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	 Hilfsmittel* werden zu 100% erstattet, wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden und/oder nicht mehr als 500 EUR kosten. Teurere Hilfsmittel* werden entsprechend erstattet, wenn sie über das Hilfsmittelmanagement der INTER bzw. nach vorheriger Zusage bezogen werden, andernfalls werden 80% vergütet. * Sehhilfen und orthopädische Schuhe werden generell zu 100% erstattet, es gelten aber Erstattungshöchstbeträge (s. nachfolgende Leistungspunkte).	 Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	 Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Wenn vor dem Kauf eines Hilfsmittels, das mehr als 1.000 EUR kostet, ein Kostenvoranschlag eingereicht wird, fällt nur die fallbezogene SB an (s. auch Leistungspunkt "keine Beschränkung der Bezugsart/Zusageerfordernis"); Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR.	 Es fällt nur dann eine separate Selbstbeteiligung - von 25% - an bei Hilfsmitteln, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen).	 Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 Für ein Hilfsmittel fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 20% - an, wenn es mehr als 500 EUR kostet und nicht über die INTER bzw. ohne vorherige Zusage bezogen wird (gilt nicht für Sehhilfen und orthopädische Schuhe, s. nachfolgende Leistungspunkte). Für Hilfsmittel, die im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden, fällt grundsätzlich keine Selbstbeteiligung an.	 Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	Bei Hilfsmitteln, die mehr als 1.000 EUR kosten, ist (außer bei Hörgeräten) vor Bezug ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung gekauft, wird die über 1.000 EUR hinausgehende tarifliche Leistung zu 80% erbracht.	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summenmäßig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden - ansonsten wird die Erstattung um 25% gekürzt.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Hilfsmittel, die mehr als 500 EUR kosten, müssen über den Versicherer bezogen oder von ihm vorab zugesagt werden (gilt nicht für Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung, Sehhilfen und orthopädische Schuhe).	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich. Der Versicherer unterstützt bei der Auswahl und Anschaffung eines geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Eine Liste der Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice beschafft werden können, gibt es unter www.sdk.de .	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich (allerdings sollen Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaaren Zeitraum benötigt werden, vorrangig mietweise bezogen werden). Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl/Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice und empfiehlt vor Bezug eines Hilfsmittels ab 350 EUR die ärztliche Verordnung vorzulegen.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzfrequenzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor. Anmerkung des Versicherers: Im Rahmen der Einzelfallprüfung können Miete und Sachkosten für Heimdialyse übernommen werden.
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung?	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte (apparative) einschl. dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden je Ohr bis 1.500 EUR p. a. erstattet; voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen (z. B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen) und Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte und Tinnitus-Masker/ Noiser werden pro Ohr bis max. 2.500 EUR innerhalb eines Kalenderjahres erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	✔ Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen werden bis 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschl. der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind erstattungsfähig.	✔ Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführtieres einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Elektrische Lesehilfen sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Körperersatzstücke?	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Ja, Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Prothesen, Epithesen, Haarsersatz).	✔ 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).	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.
- Kunstaugen?	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestell, Kontaktlinsen) werden bis 400 EUR erstattet. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Hinweis: Beitragszuschlag von 10 EUR monatlich, sofern bei Vertragsabschluss eine Sehschwäche vorliegt (alternativ kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden).	✔ 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	✔ Sehhilfen (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Arbeitsbrillen) werden bis 500 EUR erstattet.	✔ Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen werden bis max. 250 EUR erstattet.	✔ Brillen (keine Luxusausführung) und Kontaktlinsen werden ohne betragliche 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%.
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate?	✔ Sehhilfen sind je Leistungsperiode, diese umfasst 2 aufeinanderfolgende Kalenderjahre, erstattungsfähig. Das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei dauerhafter Änderung der Sehschärfe seit dem Bezug der letzten Sehhilfe erstattungsfähig.	✔ Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung						
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	  Augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit (refraktive Chirurgie) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen werden innerhalb der ersten 2 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif bis 400 EUR je Auge erstattet, danach werden Aufwendungen je Versicherungsfall bis 2.500 EUR je Auge vergütet (bzw. 1.500 EUR bei vorliegender Sehschwäche, s. o.). Hinweis: in den ersten 2 Kalenderjahren: 800 EUR wenn bei Vertragsabschluss Sehschwäche vorliegt: 3.000 EUR ab dem 3. Kalenderjahr	 Operative Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bei medizinischer Notwendigkeit wird zu 100% erstattet.	  Versichert sind nach Ablauf von 2 Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschl. der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen. Die Aufwendungen werden bis insgesamt 2.000 EUR je Auge erstattet. Hinweis: frühestens nach 2 Jahren	 Erstattet werden alle refraktiven chirurgischen Maßnahmen (inkl. Vor- und Nachuntersuchung) zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. durch LASIK, LASEK, Linsenimplantate) bis 2.500 EUR pro Auge innerhalb von 24 Monaten.	  Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 1.500 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert. Hinweis: frühestens nach 36 Monaten	 Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z. B. LASIK) werden bis 1.500 EUR pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	 Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie).	 Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	 Psychotherapie 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.	 Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, systemische Therapie, Verhaltenstherapie) ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	 Keine Leistung vorhanden.  Hinweis: Die ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Sitzung (aber nicht mehr als 30% vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag) erstattet (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Ab der 31. Sitzung erfolgt die Erstattung zu 80%.	 Keine Leistung vorhanden.  Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.	 15% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	 Keine unüblichen Einschränkungen.	 Keine unüblichen Einschränkungen.	 Keine unüblichen Einschränkungen.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	 Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	 Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	 Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	 Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	 Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	 Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	 Ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung sind erstattungsfähig (abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR für Hin- und Rückfahrt zusammen; Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	 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.	 Erstattungsfähig sind Fahrten mit einem Taxi, einem öffentlichen Verkehrsmittel oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) zur: - 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 (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	 Erstattungsfähig sind - notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus sowie ärztlich verordnete Fahrten* - zur und von der ambulanten Operation in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung - zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad (PG) 3, 4 oder 5 ist (PG 3: es muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht; ist ggf. nachzuweisen). * abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR für Hin- und Rückfahrt zusammen; Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR	 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.	 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.	 Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeigneten Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	 s. vorherigen Leistungspunkt	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein. Ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?	 Erstattungsfähig sind notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus.	 Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall zu 100% erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.	 Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.	 Erstattungsfähig sind 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.	 Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	 Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente sowie Harn- und Blutteststreifen.  Hinweis: Es fällt nur die fallbezogene SB von 20 EUR je Arzneimittel, je Verbandmittel, je Impfstoff an (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR); sie entfällt für Arzneimittel/ Impfstoffe), die als Generika bezogen werden.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.  Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne Selbstbeteiligung erstattungsfähig.  Harn- und Blutteststreifen gehören zu den erstattungsfähigen Arznei- und Verbandmitteln. Hinweis: Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel werden bis 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel (hierzu gehören auch Harn- und Blutteststreifen) sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	Nähr- und Stärkungsmittel sind nicht erstattungsfähig. Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (z. B. Sonden- oder Trinknahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.	Nähr- und Stärkungsmittel gelten nicht als Arzneimittel. Nach ärztlicher Verordnung sind Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist, sowie Vitaminmonopräparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen.	✓ Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nährmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.	✓ Versichert sind Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel (als Monopräparate), die zur Behandlung von Mangelkrankungen medizinisch notwendig sind. Bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden, sind ebenfalls erstattungsfähig.	✓ Ja. Erstattet werden z. B.: - Nährstofflösungen, - Zubehör und Applikationshilfen zur künstlichen Ernährung, - Teststreifen für Blut- und Harnstoffmessungen sowie - Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Artikel, - Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungsmittel (auch sexuelle) und Desinfektionsmittel, wenn diese medizinisch notwendig sind.	✓ Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	✓ Ja, Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren sind erstattungsfähig (sofern die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen erfolgen).	✓ 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.
- Krankenhausambulanzen?	✓ Ja. Behandlungen in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen sind erstattungsfähig (sofern die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen erfolgen).	✓ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✓ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✓ Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✓ Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) ist erstattungsfähig, wenn die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V geschlossen haben. Die Kosten für häusliche Krankenpflege sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages (nach § 132 a SGB V) verlangen kann (abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag; Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat. Weitere Voraussetzungen/Details sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.	✓ 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 Versicherungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnen. Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	✓ 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 Versicherungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend des Versicherungsvertrages 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.	✓ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Palliativversorgung?	✔ Ja. Ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist erstattungsfähig, wenn - sie durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen haben, durchgeführt wird und - die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt und - eine Spezifikation der im Rahmen der SAPV erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit, Dauer sowie Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschl. des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden. Die Kosten sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages (nach § 132 d SGB V) verlangen kann (ärztlich durchgeführte SAPV im Rahmen GOÄ) - abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag; (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.	✔ 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.	✔ 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.	✔ 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.

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	 Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	 Bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach einem Kurplan durchgeführten Kur bis zu einer Dauer von 28 Tagen sind ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel erstattungsfähig, nicht jedoch Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung. Ein Anspruch auf eine erneute Erstattung einer Kur entsteht nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Kur.	 Erstattet werden bei ambulanten (und stationären) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 1.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	 Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	 Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	 Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	 Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	 Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	 Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	 Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Ambulant						
Sonstiges	✓ Erstattungsfähig sind auch - Soziotherapie: bis zu der Höhe, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages verlangen kann (vom Arzt durchgeführt: im Rahmen GOÄ); je Versicherungsfall max. 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren - sozialpädiatrische Leistungen (bis Alter 17): bis zu der Höhe, die die Einrichtung mit der GKV vereinbart hat - sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen (bis Alter 17) direkt nach einer stationären Krankenhausbehandlung: bis zu der Höhe, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages verlangen kann (vom Arzt durchgeführt: im Rahmen GOÄ); je Versicherungsfall max. 20 Nachsorgeeinheiten innerhalb von 12 Wochen - ärztliche Leistungen (im Rahmen GOÄ) für Erst- und Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Asthma, Neurodermitis) - jeweils abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR* je Behandlungstag - Haushaltshilfe: bis 20 EUR je Stunde und 80 EUR je Tag für max. 28 Tage p. a. (vorherige schriftliche Zusage erforderlich), abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR* je Tag. Die genauen Voraussetzungen/Weitere Details sind den Tarifbedingungen zu entnehmen. * Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR	✓ Erstattet werden auch: - Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Soziotherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.	✓ Erstattet werden auch: - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Soziotherapie - Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.	✓ Erstattungsfähig sind auch: - ambulante Heilbehandlungen (nach Nr. 1.1 der AVB, Teil II), wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden - Frühförderungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen (medizinisch-therapeutische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren und interdisziplinär besetzten Frühförderstellen) - Soziotherapie nach vorheriger schriftlicher Zusage; max. 120 Behandlungseinheiten innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall. Die genauen/weiteren Leistungsvoraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	✓ Versichert sind auch: - Frühförderung als Heilbehandlung wegen Krankheit, sofern Sozialhilfeträger nicht leistet - Soziotherapie - max. 120 Stunden pro Versicherungsfall innerhalb von 3 Kalenderjahren - Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren - Bei Fachkräften für Soziotherapie werden nur die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten obgerechnet werden - Präventionskurse (Kurse zur gesunden Ernährung oder persönlichen Ernährungsberatung, Nichtraucherseminare (Teilnahme von mind. jeweils 80% muss nachgewiesen werden), präventives Rückentraining, Herz-Kreislauf-Training, Rheumaliga/-sport, autogenes Training, progressive Muskelentspannung) – bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren - Keine Erstattung von Mitgliedsbeiträgen in Sportvereinen oder Fitnesszentren - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprache oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - medizinische Erst- und Folgeschulungen für chronisch Kranke, bis max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. Die genauen/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	✓ Erstattet werden auch: - Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen, sofern kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht - medizinische Schulungen für chronisch Kranke, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage - Soziotherapie, max. 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall (ärztliche Leistungen: im Rahmen GOÄ / Fachkräfte für Soziotherapie: max. bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.
- 2-Bettzimmer?	✔ PREMIUM_MED: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. SP2: 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.
- Regelleistungen?	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ PREMIUM_MED: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen. SP2: Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche 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?	✔ PREMIUM_MED: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. SP2: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ 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?	✔ PREMIUM_MED: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Regelhöchstsätze der GOÄ begrenzt. SP2: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ 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 (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Ja. Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten für Heilbehandlungen auch ohne Anwendung der deutschen GOÄ erstattungsfähig, sofern diese Kosten im Aufenthaltsland ortsüblich sind.	 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.	 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.	 Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den Behandelnden oder die behandelnde Einrichtung entsprechen. Erstattet werden Krankenhausleistungen, Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt, separat berechenbare privatärztliche Behandlungen, Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer, eine in der Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer. Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung.	 Die Leistung ist 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.
Privatkliniken						
Privatkliniken	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	 Ja. Erstattet werden auch allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) von Krankenhäusern, die nicht der BPIV bzw. dem KHEntgG unterliegen. Die Regelungen zur Vergütungshöhe der BPIV bzw. des KHEntgG finden bei diesen Krankenhäusern keine Anwendung.	Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BPIV bzw. dem KHEntgG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntgG. (bei Berechnung nach Pflegeklassen: 1. Pflegeklasse = 1-Bettzimmer, 2. Pflegeklasse = 2-Bettzimmer, 3. Pflegeklasse = allgemeine Krankenhausleistung eines Krankenhauses) Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	 Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern (einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen).	 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer (ohne gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen) und Krankenhausnebenkosten. Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/ KHEntgG bzw. der BPIV abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind, erfolgt die Erstattung nach Maßgabe des KHG/KHEntgG bzw. der BPIV.	 Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Krankenhausleistungen in Kliniken, die nicht dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) unterliegen.	 In Krankenhäusern innerhalb Deutschlands, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) abrechnen, werden als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im 3- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschl. ärztlicher Leistungen und Nebenkosten erstattet, soweit sie die nach dem KHEntgG bzw. der BPIV vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 100% übersteigen. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles/einer nicht planbaren Behandlung das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	 PREMIUM MED: Es sind keine Wahlleistungen versichert. SP2: Ja. Erstattet werden auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im 2-Bettzimmer in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt + privatärztliche Leistungen.	Erstattungsfähig sind Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer + privatärztliche Behandlung: Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BpflV bzw. dem KHEntG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntG. (bei Berechnung nach Pflegeklassen: 1. Pflegeklasse = 1-Bettzimmer, 2. Pflegeklasse = 2-Bettzimmer, 3. Pflegeklasse = allgemeine Krankenhausleistung eines Krankenhauses). Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	 Ja, Unterbringung im 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	 In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/ KHEntG bzw. nach der BpflV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und die Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer.	 Erstattet werden die Kosten für - die separat berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer (Wahlleistung) - separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (Wahlleistungen einschl. Belegärzte).	 Wahlleistungen (2-Bettzimmer und privatärztliche Behandlung) sind erstattungsfähig.
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	 Erstattet werden notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.	 Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	 Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.	 Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Fahrten/Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungshubschrauber, Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug) zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus oder ein Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	 Ja. Versichert sind: - medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächsten, geeigneten und aufnahmebereiten Krankenhaus - medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer auswärtigen ambulanten Untersuchung während einer stationären Behandlung, sofern sie nicht bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten sind - medizinisch nicht notwendige Verlegung (Wunschverlegung); 1x pro Versicherungsfall, sofern sich das Krankenhaus sich im selben Land wie das vorherige Krankenhaus befindet und der Transport über Land stattfindet (z. B. mit einem Krankenwagen); keine intensivmedizinische Betreuung während des Transports - Bergungskosten bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. private Unfallversicherung) leistungspflichtig ist. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.	 Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✓ PREMIUM_MED: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. SP2: Verzicht auf Kostenerstattung für das Zweibettzimmer werden 20 EUR gezahlt. Verzicht auf die privatärztliche Behandlung werden 50 EUR gezahlt.	✓ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer werden 30 EUR pro Tag gezahlt.	✓ Bei Verzicht auf die Unterbringung im 2-Bettzimmer bzw. gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden jeweils 25 EUR pro Tag gezahlt.	✓ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen werden 25 EUR pro Tag (einschließlich Entlassungstag) gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer ebenfalls täglich 25 EUR (ohne Entlassungstag). Für Kinder bis 15 Jahre werden jeweils 12,50 EUR gezahlt. Bei teilstationären Behandlung und Anschlussrehabilitationen besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.	✓ Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ein 2-Bettzimmer gewählt, werden 20 EUR täglich gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer 40 EUR und bei Verzicht auf separat vereinbarte privatärztliche Behandlung 60 EUR. Bei teilstationärer, vor- und nachstationärer Behandlung sowie bei ambulanten stationärsersetzenden Operationen erfolgt keine Zahlung.	Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✓  Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes in Deutschland. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt. Hinweis: Krankenhausbehandlungen im Ausland müssen innerhalb von 10 Tagen angezeigt werden.	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt.	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	✓ PREMIUM_MED: Ja. Eine schriftliche Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert. SP2: Ja. Eine schriftliche Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.	✓ Ja. Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftlich Leistungszusage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelte oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.	✓ Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	✗ Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine akut stationäre Behandlung handelt. - es sich um eine Anschlussrehabilitation handelt.	✓ Der Versicherer erstattet die Kosten für medizinisch notwendige akut-stationäre Heilbehandlung in gemischten stationären Einrichtungen.	✓ Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt bzw. - 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 - 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 - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder - im Falle einer Anschlussheilbehandlung (Besonderheiten/Voraussetzungen s. Leistungspunkt "AHB").
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ PREMIUM, MED: Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der GKV anerkannten Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden - bis zu der Höhe, die in dem jeweiligen Hospiz für die Versorgung eines Versicherten in der GKV aufzuwenden wäre. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig. SP2: Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.	✔ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß 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.	✔ Ja, die Kosten für die stationäre Versorgung in einem Hospiz sind erstattungsfähig.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ PREMIUM, MED: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person. Sofern die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung max. 15 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson stets als aus medizinischen Gründen notwendig. SP2: "Rooming in" ist nicht versichert.	✔ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.	✔ Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 100% erstattet.	✔ Ja. Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, wenn ein nach diesem Tarif versichertes Kind bis zum vollendeten 13. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird.	✔ Ja. Wird neben einem versicherten Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auch ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden die Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson erstattet, wenn diese nicht in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten ist.	✔ Als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gilt auch die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Kuren stationär?	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✔ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Einrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden bei stationären (und ambulanten) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 1.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	✔ Stationäre Kuren sind bedningsgemäß nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.
Sonstiges	✔ Erstattungsfähig sind auch die Kosten für pflegerische Leistungen, Betreuung und medizinische Behandlungspflege (stationäre Kurzzeitpflege). Die Voraussetzungen/Details sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.	✔ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegegesetzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.	✔ Erstattungsfähig ist auch die Übergangspflege im Krankenhaus für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung, sofern sie - unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt, - in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgte und - keine erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI erbracht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.		✔ Versichert sind auch: - ambulante stationärsersetzende Operationen bei Vorlage eines Kostenvoranschlags vor Behandlungsbeginn + Fahrten und Transporte (bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer); keine Erstattung der Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen (z. B. für Übernachtungen und/oder Verpflegung) - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprache oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. Die genauen/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattungsfähig ist auch die Übergangspflege im Krankenhaus: - wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der Pflegepflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können - muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgen - Versorgung mit Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln, Aktivierung der Versicherten, Grund-/Behandlungspflege, Entlassmanagement, Unterkunft, Verpflegung, im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung - für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung und - je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre. Wahlleistungen sind nicht erstattungsfähig. Stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Zahnbehandlung (hierzu zählen auch Anästhesie- und Röntgenleistungen) sind zu 100% erstattungsfähig abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	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.	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	 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 wird zu 90% erstattet. Keramikverblendungen sind bis einschl. Zahn 8 erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 75% erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie (%)?	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).	 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 100% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist 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 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.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	 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 (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.

Leistungsvergleich Zahn

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Ja. Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten für Heilbehandlungen auch ohne Anwendung der deutschen GOZ erstattungsfähig, sofern diese Kosten im Aufenthaltsland ortsüblich sind.	 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.	 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 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.	 Die Leistung ist 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.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: 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.	 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 Zahn

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	✔ Für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate, augmentative Behandlungen gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren - 5.000 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren - 10.000 EUR in den ersten 6 Kalenderjahren.	✔ Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind, bei bis zu 4 fehlenden Zähnen, wie folgt begrenzt: - 1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr - 2.000 EUR in den ersten 2 Versicherungsjahren - 3.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren - 4.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren Hinweis: Zahnstafel bei 5 - 6 fehlenden Zähnen: Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr auf 500 EUR begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis der vollständigen Sanierung des Gebisses.	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren, sofern keine Zähne fehlen. Hinweis: individuelle Zahnstafel - Begrenzung der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge - bei 2 fehlenden Zähnen auf 250 EUR im 1. Kalenderjahr (Kj.), 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. - bei 3 fehlenden Zähnen auf 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj.	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ Für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge: - 3.000 EUR vom 1. bis zum 2. Kalenderjahr - 5.000 EUR vom 1. bis zum 3. Kalenderjahr - 7.500 EUR vom 1. bis zum 4. Kalenderjahr.	✔ Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten folgende Rechnungshöchstbeträge: insgesamt - 1.800 EUR im 1. und 2. Kalenderjahr - 2.600 EUR im 3. und 4. Kalenderjahr - 3.900 EUR im 5. und 6. Kalenderjahr - 5.200 EUR im 7. und 8. Kalenderjahr - 7.800 EUR im 9. und 10. Kalenderjahr
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Die Summenbegrenzung gilt nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.	✔ Bei unfallbedingter zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstafel.	✔ Keine bedingungsgemäße Summenbegrenzung in den ersten Jahren. Die individuelle Summenbegrenzung entfällt für Kosten, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten, augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, wenn die voraussichtlichen Kosten insgesamt mehr als 2.000 EUR betragen; ansonsten werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte des tariflichen Erstattungssatzes vergütet.	Ein Heil- und Kostenplan ist bei Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung um 50%.	Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500 EUR überschreiten werden, ansonsten werden die über 1.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50% gekürzt.	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 5.000 EUR oder mehr ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen, andernfalls wird die Tarifleistung für den 5.000 EUR übersteigenden Teil des Rechnungsbetrages auf 45% gekürzt.	Wenn die voraussichtlichen Kosten für Zahnersatz höher sind als 3.000 EUR, muss dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, ansonsten werden von dem 3.000 EUR übersteigenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrag nur 60% erstattet.	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 2.500 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan (incl. Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) vorzulegen, ansonsten besteht für die über 2.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung. Bei Implantaten ist generell vorab ein Heil- u. Kostenplan (mit Material- und Laborkostennachweis) erforderlich, andernfalls erfolgt eine Kürzung der tariflichen Leistung um 50%.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. Augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung von oralen Implantaten erstattet.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Einlagefüllungen (Inlays, Onlays) werden wie Zahnersatz erstattet.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. "Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen)" und "funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)" zählen ebenfalls zur Zahnbehandlung.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.

Leistungsvergleich Zahn

	 PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Sonstiges		✔ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Geh- oder Seheunfähigkeit zu 100% erstattet. Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit ist nicht versichert.	✔ Zahnprophylaktische Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich entsprechend bezeichnet werden.	✔ Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (Analosedierung (Dämmerschlaf), Vollnarkose, Lachgas-Sedierung, Akupunktur, Hypnose) im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung. Zahnbehandlung, Zahnvorsorge, Kieferorthopädie und Zahnersatz werden auch dann als zahnärztliche Behandlung (zu 100% bzw. 90%) erstattet, wenn diese von einem Arzt ausgeführt worden sind. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand der Leistungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.	✔ Wenn Leistungsansprüche bei anderen Kostenträgern bestehen, werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Auf Verlangen muss die andere Leistung nachgewiesen werden. Erstattungsfähig sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, sofern diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.	

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✓ PREMIUM_MED: Markteinführung: 01.09.2021 SP2: Markteinführung: 01.2013	✓ VA6-900-U: Markteinführung: 04.2013 Komfort Zahn-U: Markteinführung: 01.2013	✓ Markteinführung: 01.2013	✓ Markteinführung: 10.2016	✓ S1., AM31., Z8: Markteinführung: 03.2017 PPN: Markteinführung: 1995	✓ MAS.2, URZ: Markteinführung: 01.2013
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✓ Tarif ist aktuell.			✓ Tarif ist aktuell.	✓ S1., AM31., Z8: Tarif ist aktuell.	✓ Tarif ist aktuell.
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	Keine Leistung vorhanden.		✓ Markteinführung Vorgängertarif "VHV2E": 04.1994	Kein Vorgängertarif bekannt.	Kein Vorgängertarif vorhanden.	✓ Markteinführung Vorgängertarif "MAS 2": 02.1992
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (bei Behandlungen/Untersuchungen usw. aufgrund psychischer/psychosomatischer Erkrankungen 5 Jahre).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Nein. Bei Beobachtungen/Untersuchungen/Behandlungen z. B. in einem Krankenhaus und bei ambulanten Operationen beträgt der Abfragezeitraum 5 Jahre, bei Sucht-/Kinderwunschbehandlung, Essstörung 10 Jahre (in allen anderen Fällen 3 Jahre).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind Maßnahmen (...)?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen (...) - auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?"	Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "(...) oder liegen zzt. gesundheitliche Beschwerden vor?" und "Bestehen (...) wiederkehrende Beschwerden (...)?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen (...) andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (...), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden (...)?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✓ - bis 2 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre und/oder 1 fehlender Zahn: ohne Erschweris - 3-8 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder 2-4 fehlende Zähne: Angebot Leistungsstaffel - 9 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder 5-9 fehlende Zähne: zahnärztliches Zeugnis erforderlich (Leistungsausschluss für alle betroffenen Zähne) - ab 10 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder ab 10 fehlenden Zähnen: Ablehnung (auf Kundenwunsch Leistungsausschluss des kompletten Leistungsbereichs Zahnersatz, KFO, Gebissfunktionsprüfung und orale Implantate; Überprüfung möglich bei Änderung des Risikoverhältnisses).	✓ bis 4 fehlende Zähne = keine Einschränkungen 5 – 6 fehlende Zähne = begrenzte Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max.Jahre")	✓ Bis zu 3 fehlende, nicht ersetzte Zähne (Ersatz ist nicht angeraten oder beabsichtigt) sind versicherbar. 1 fehlender Zahn: keine Einschränkungen 2 und 3 fehlende Zähne: individuelle Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max. Jahre") ab 4 fehlenden Zähnen: Versicherungsmöglichkeit besteht, sobald diese ersetzt sind	✓ 1-3 fehlende/nicht ersetzte Zähne: 5 EUR Risikozuschlag für jeden fehlenden/nicht ersetzten Zahn 4-5 fehlende/nicht ersetzte Zähne: aktueller Zahnstatus erforderlich mehr als 5 ersetzte Zähne mit Zahnersatz älter als 5 Jahre: aktueller Zahnstatus erforderlich 6 und mehr fehlende/nicht ersetzte Zähne: Ablehnung	Keine Leistung vorhanden.	✓ bis 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung ab 11 ersetzten/überkronen Zähnen: Ablehnung
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.	✓ Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.	✓ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✓ Kinder sind ab Vollendung des 1. Lebensjahres auch alleine versicherbar, VN muss aber mindestens einen Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldtarif beim Versicherer abschließen/abgeschlossen haben.	Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.	✓ Kinder sind erst ab einem Eintrittsalter von 6 Jahren alleine versicherbar.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Ab dem 1. leistungsfreien Jahr wird eine BRE von 2 MB gezahlt.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	gleiche BRE wie Erwachsene					
Höhe garantierte BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?						
Höhe garantierte BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	 Die BRE beträgt nach 2 leistungsfreien Jahren: 1 MB 3 leistungsfreien Jahren: 2 MB nach 5 und mehr leistungsfreien Jahren: 4 MB Hinweis: BRE erst nach 2 leistungsfreien Jahren	s. nächsten Leistungseintrag	BRE ab 2024 (Auszahlung in 2025 ff.): 1 MB für 1 leistungsfreies Jahr 1,5 MB für 2 leistungsfreie Jahre 2 MB für 3 und mehr leistungsfreie Jahre	 Bei ununterbrochener Leistungsfreiheit ab Beginn des Versicherungsverhältnisses beträgt die BRE für - 1 Jahr: 1,5 MB - 2 Jahre: 1,5 MB - 3 Jahre: 1,5 MB - für 4 und mehr Jahre bzw. bei Unterbrechung der Leistungsfreiheit: s. u. Die BRE beträgt bei Leistungsfreiheit für - 1 Jahr: 0,75 MB - 2 Jahre: 1 MB - 3 Jahre: 1,25 MB - 4 Jahre: 1,5 MB - 5 Jahre: 2 MB - 6 Jahre: 2,5 MB - 7 Jahre: 3 MB Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	AM31.: Bei Leistungsfreiheit im ambulanten Bereich wird eine BRE von 2 MB gezahlt. Z8: Die BRE beträgt 2 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr im zahnärztlichen Bereich.	Die BRE bei Leistungsfreiheit beträgt ab 2025 (Auszahlung in 2026 ff.): 1 MB für 1 Kalenderjahr (Kj.) 1,25 MB für 2 Kj. 1,5 MB für 3 Kj. 1,75 MB für 4 Kj. 2 MB für 5 Kj. 2,25 MB für 6 Kj.
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Kinder erhalten die gleiche BRE wie Erwachsene.		gleiche BRE wie Erwachsene	gleiche BRE wie Erwachsene	AM31., Z8: gleiche BRE wie Erwachsene	gleiche BRE wie Erwachsene
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?		 BRE ab 2024 (Auszahlung 2025 ff.):  800 EUR bei 1-4 leistungsfreien* Jahren 1.100 EUR ab 5 leistungsfreien* Jahren (* im ambulanten und stationären Bereich) jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR Nichtraucher: 25 EUR Fitness: 50 EUR Hinweis: zzgl. evtl. Verhaltensboni, s. Textübersicht				
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?		 bis Alter 19: 200 EUR ab 1 leistungsfreien Jahr				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	Nein.	✔ Ja. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich.	✔ Ja. Vorsorgeuntersuchungen und zahnprophylaktische Leistungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen handelt.	✔ Ja. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen, zahnmedizinische Vorsorgeleistungen und PZR sind BRE-unschädlich.	✔ Nein. ⚠ Hinweis: Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Die BRE-unschädliche Erstattung gilt nur für die Vorsorgegutscheine.
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	Nein.	✔ Ja. Im Tarif genannte Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich.	✔ Ja. Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.	✔ Ja. Impfungen gem. Bedingungen sind BRE-unschädlich.	AM31.: Nein. Z8: Zahntarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein.
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	Nein.	✔ Ja. Rechnungen unterhalb des absoluten Selbstbehaltes sind BRE-unschädlich.	✔ Ja. Die Entbindungspauschale ist BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der Rechnung erkennbar ist, dass es sich um eine Hausentbindung handelt.	Nein.	AM31., Z8: Nein.	Nein.
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	✔ anteilige - garantierte - BRE bei unterjährigem Beginn	✔ Ja.	✔ Ja.	✔ Ja.	✔ AM31., Z8: Ja.	Nein.
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	Nein.	Nein.	Nein. ⚠ Hinweis: Bei Umstellung in Vollversicherungstarife werden die leistungsfreien Jahre aus allen Barmenia-Ergänzungstarifen (Ausnahme: Optionstarife, bKV-Tarife) auf die BRE-Staffel angerechnet.	Nein.	AM31., Z8: Nein.	Nein.
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.	✔ 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 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.	✔ 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.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✔ Mehrkosten für einen Rücktransport sind erstattungsfähig; die medizinischen Gründe sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.	✔ Die Mehrkosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Überführungskosten in das Heimatland werden bis zu 5.200 EUR erstattet.	✔ Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig - Rettungsflüge ohne Begrenzung, sonstige Krankentransporte max. bis zu den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person. Überführungskosten und Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden analog sonstiger Krankentransporte erstattet.	✔ 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.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	 Ja. Auf Antrag kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz verlangen, im Rahmen einer besonderen Vereinbarung (angemessener Beitragszuschlag; ggf. Befristung (Verlängerung möglich)) das Versicherungsverhältnis in dem Staat mit der Maßgabe fortzusetzen, dass die Kosten für Heilbehandlungen nicht auf das Kostenniveau der Bundesrepublik Deutschland begrenzt sind. Die deutschen amtlichen Gebührenordnungen finden keine Anwendung, sofern die Kosten für Heilbehandlungen dort ortsüblich sind.	 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.	 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 BPIIV 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.	 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz erhält die versicherte Person die volle tarifliche Erstattung der dort ortsüblichen Preise; es entfallen auch die Höchstbeträge des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen sowie des Heilmittelverzeichnisses, sofern diese im Tarif enthalten sind. Der Versicherer ist innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung darüber zu informieren. Ggf. kann ein Beitragszuschlag für die Dauer des Aufenthaltes erhoben werden. Bei Ablehnung des Zuschlages oder nicht fristgerechter Meldung der Verlegung ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Es kann auch die Umwandlung in eine Anwartschaft beantragt werden (innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung). Aufenthalte bis zu einer Dauer von 6 Monaten (vorübergehende Unterbrechungen miteingerechnet) gelten nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Ja. Auf Antrag kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz verlangen, im Rahmen einer besonderen Vereinbarung (angemessener Beitragszuschlag; ggf. Befristung (Verlängerung möglich)) das Versicherungsverhältnis in dem Staat mit der Maßgabe fortzusetzen, dass die Kosten für Heilbehandlungen nicht auf das Kostenniveau der Bundesrepublik Deutschland begrenzt sind. Die deutschen amtlichen Gebührenordnungen finden keine Anwendung, sofern die Kosten für Heilbehandlungen dort ortsüblich sind.	✔ Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlängerung möglich.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb des EWR/in die Schweiz kann der Versicherungsnehmer gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung beantragt wird. Anderenfalls ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Es kann auch die Umstellung in eine Anwartschaft verlangt werden.	✔ 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 Bedarfsgut 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 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 dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz. 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.	✔ Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz erhält die versicherte Person die volle tarifliche Erstattung der dort ortsüblichen Preise; es entfallen auch die Höchstbeträge des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen sowie des Heilmittelverzeichnisses, sofern diese im Tarif enthalten sind. Der Versicherer ist innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung darüber zu informieren. Ggf. kann ein Beitragszuschlag für die Dauer des Aufenthaltes erhoben werden. Bei Ablehnung des Zuschlages oder nicht fristgerechter Meldung der Verlegung ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU/ des EWR/der Schweiz kann der Vertrag aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung des Versicherungsverhältnisses in eine Anwartschaft verlangt werden.	✔ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts bzw. solange eine besondere Vereinbarung getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung. Der Versicherte kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU, des EWR, der Schweiz kann der Vertrag aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Ohne Vereinbarung endet das Versicherungsverhältnis, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von der Verlegung Kenntnis erlangt. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes (> 12 Monate Dauer) verpflichtet sich die INTER zur Fortführung des Versicherungsschutzes (ggf. gegen Beitragszuschlag, mit Ausschluss oder Begrenzung der Leistungen für Krankenrücktransport aus dem Ausland sowie Überführung oder Bestattung im Todesfall), wenn der Versicherungsnehmer dies bis zum Ablauf des sechsten Monats des Aufenthalts beantragt und wenn und solange die versicherte Person über eine Bankverbindung in Deutschland verfügt. Wird die Vereinbarung befristet und beantragt der Versicherungsnehmer vor Fristablauf eine weitere Fortsetzung des Versicherungsschutzes, verpflichtet sich der Versicherer erneut, eine anderweitige Vereinbarung anzubieten. Ohne Vereinbarung besteht auch seitens des Versicherers das Recht, außerordentlich zu kündigen. Der Versicherungsnehmer kann aber auch die Umstellung in eine Anwartschaft verlangen.	✔ S1., Z8: Ja, s. ambulanten Tarif. AM31.: Ja. Bei Wohnsitzverlegung (es werden mehr als 182 Tage zusammenhängend in einem Staat außerhalb der EU/des EWR verbracht (vorübergehende Unterbrechungen zählen dabei mit zu dem Aufenthalt im Ausland)) kann das Vertragsverhältnis fortgesetzt werden; der Versicherer darf dann aber ab dem 183. Tag einen länderspezifischen Beitragszuschlag erheben, ansonsten endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, von dem an der Versicherer die versicherte Person nicht mehr versichern darf. Versichert sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen), 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. Z8: Versichert sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen), die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu den Höchstätzen der deutschen GOÄ und GOZ.	✔ Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zu treffen, wenn dies spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird und die Gewährung von Versicherungsschutz im anderen Staat zulässig ist. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Beitragszuschlag und/oder einen Tarifwechsel vorsehen und beginnt in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis. Darf der Versicherer in diesem Staat keinen Versicherungsschutz anbieten, endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, von dem an der Versicherer die versicherte Person nicht mehr versichern darf. In beiden Fällen kann zum Erhalt der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen für eine spätere Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland eine Anwartschaftsversicherung für das bisherige Versicherungsverhältnis vereinbart werden (Antragstellung innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung bzw. Beendigung des Versicherungsverhältnisses). Aufenthalte bis zu einer Dauer von 6 Monaten (vorübergehende Unterbrechungen miteingerechnet) gelten nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes.
Optionsrecht auf Höherversicherung						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung. Es kann ein separater Optionstarif zur Höherversicherung vereinbart werden (AV-P1).	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ INTER Opti: Einmaliges Optionsrecht auf Erweiterung einer bei der INTER bestehenden Krankheitskostenvollversicherung (bzw. Beihilfeversicherung) - ohne Wartezeiten in verkaufsoffene Tarife der - Krankheitskostenvollversicherung - Krankentagegeldversicherung (mit Höchstgrenzen) - Krankenhaustagegeldversicherung (mit Höchstgrenzen). JABest 2: Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ S1., AM31., Z8: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten. Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?		✔ 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.	

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 AXA VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	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 Aufenthalt 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 nichtselbständiger 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

	 PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?		✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ S1., AM31., Z8: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?		⚠ Es kann sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangt werden. Hinweis: VA6-U: Es ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. (zum Ausübungszeitpunkt muss lediglich Versicherungsfähigkeit für die Zieltarife bestehen)	✔ S1.: Ja, es gibt keine Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. AM31.: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIa der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig. Z8: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIz der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig.	
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?		⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ S1., AM31., Z8: Ja, der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass auch ein mitversichertes Kind in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne Gesundheitsprüfung umgestellt wird: - gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, - einmalig bei Abschluss der Schulausbildung, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums. Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses beantragt werden.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?		✔ Das anlassbezogene Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat. ⚠ Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.	Das Optionsrecht besteht nur dann, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand.	✔ Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	✔ S1., AM31., Z8: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?		✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✔ Das Optionsrecht kann bis Alter 49 ausgeübt werden.	✔ S1., AM31., Z8: Das "normale" Optionsrecht muss spätestens zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden. ⚠ Hinweis: S1., AM31., Z8: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	✓ PREMIUM_MED: Erstattet werden die Kosten für eine ambulante Anschlussrehabilitation, sofern dadurch eine stationäre Anschlussrehabilitation ersetzt oder verkürzt werden kann, und soweit – für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und – die ambulante Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und – zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Beginn der ambulanten Anschlussrehabilitation nicht mehr als 4 Wochen liegen. Erstattungsfähig sind die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation, soweit – für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und – die stationäre Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und – die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und – zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die stationäre Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als 2 Wochen liegen. Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. SP2: Erstattet werden die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2 (Teil II der Bedingungen (gesondert berechnete Unterkunft, privatärztliche Behandlung)), soweit – für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und – die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und	✓ Nr. 27 TB 2012 (Teil II) - AHB (stat.) Eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung im Anschluss an die stat. Diagnosen/Behandlungen ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 4 Wochen (in medizinisch begründeten Einzelfällen ggf. auch später) nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt: Herztransplantationen, Bypass-OP, akuter Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheiben-OP, Gelenkersatz-OP, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schwere Schädel-Hirnverletzungen, Nierentransplantation, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen. Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehaträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt. AHB (amb.) Anstelle einer stat. AHB ist eine amb. Reha-Maßnahme (ärztl. Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung) erstattungsfähig, vorausgesetzt, die amb. Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes und es besteht dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehaträger. Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.	✓ Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. AHB fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für 3 Wochen ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR.	✓ AVB Teil I, § 4 (7) Aufwendungen bzw. nach Vorleistung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers verbundene Aufwendungen (mit Ausnahme von Zahlungen) für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) sind erstattungsfähig, soweit für diese bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 28 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen ein späterer Beginn der Anschlussrehabilitation indiziert ist, ist auch ein späterer Beginn möglich. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in "gemischten Krankenanstalten" ist eine vorherige Leistungszusage nicht erforderlich, wenn es sich um eine Anschlussrehabilitation unter den Voraussetzungen von Absatz 7 handelt. AVB, Teil II Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere ambulante oder stationäre Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7. Es besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.	✓ S1.: Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern sie innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus beginnt. Ist ein Beginn innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüft der Versicherer die Gründe und sagt bei einer medizinisch notwendigen AHB die Leistungen auch für einen späteren Beginn zu. Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu. Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation. AM31.: Versichert ist die medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern sie innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus beginnt. Ist ein Beginn innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüft der Versicherer die Gründe und sagt bei einer medizinisch notwendigen AHB die Leistungen auch für einen späteren Beginn zu. Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu. Versichert sind auch ambulante Maßnahmen zur Rehabilitation. S1., AM31.: Keine Kostenerstattung, wenn andere Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.	✓ AVB, Teil I (§ 4 (4)) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif/ die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) umfasst. AVB, Teil II (§ 5 (7)) Die Leistungseinschränkung gem. § 5 (1d) MB/KK 2009 gilt nicht bei ambulanter und stationärer medizinisch notwendiger AHB. Tariflicher Leistungsanspruch(,) - wenn der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage erteilt hat oder - für die ersten 3 Wochen ((Folge-) Verlängerungen auf Antrag möglich) einer innerhalb von 28 Tagen (aus medizinischen Gründen / mangels Verfügbarkeit einer geeigneten AHB-Einrichtung ggf. auch später) nach einer stationären Akutbehandlung begonnenen AHB. (vom Rehaträger bewilligte/zu bewilligende Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen/werden angerechnet, s. auch nächsten Leistungspunkt)

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
	– die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und – zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als 2 Wochen liegen. Ein Ersatz-Krankenhaustagegeld (bei Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen) wird nicht gezahlt. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.					
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	 PREMIUM_MED: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. SP2: Bestehen Erstattungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	Nein. Wahlleistungen werden nicht erstattet.	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	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	 Sofern ein gesetzlicher Rehabilitationsträger dem Grunde leistungspflichtig ist, muss bei diesem vor Beginn der AHB bzw. der Verlängerung ein Antrag auf Leistungen schriftlich gestellt und beschieden werden. 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. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 PREMIUM_MED: Ja. Leistung vorhanden, s. o. SP2: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	 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.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 PREMIUM_MED, SP2: 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	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	 PREMIUM_MED: Nein. Ambulante Anschlussrehabilitationen werden abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag erstattet (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). SP2: s. Kompakttarif	 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.	 S1., AM31.: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	PREMIUM_MED: Nein. Keine Leistung vorhanden. SP2: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ S1.: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant AM31.: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	PREMIUM_MED, SP2: Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ S1.: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM31.: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	PREMIUM_MED, SP2: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	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.	✔ S1., AM31.: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/ mind. 3 Maßnahmen?	✔ Erstattet werden max. 3 Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren (ambulant; ärztliche Leistungen, Psychotherapie; stationär: Krankenhausleistungen). Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Die schriftliche Zusage wird erteilt, wenn – keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen und – die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt wird. Keine Erstattung, wenn – Ansprüche der versicherten Person gegenüber anderen Kostenträgern bestehen, aber nicht geltend gemacht werden oder – die Behandlung aufgrund von Nikotinabhängigkeit durchgeführt wird.	Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80%, sofern - der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um um keine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht - hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist Bei der Erstattung von stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zugrunde gelegt (abzgl. Selbstbeteiligung).	✔ Erstattet werden insgesamt drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat und Erfolgsaussichten bestehen. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Kostenträger werden angerechnet.	Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage sind ambulante oder stationäre Entwöhnungsmaßnahmen (außer für Nikotinsucht) im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger, Ärzteversorgungswerke) und eine hinreichende Erfolgsaussicht bestehen. Bei einer ambulanten Entziehungsmaßnahme werden 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen übernommen (keine Fahrtkosten). Bei stationären Maßnahmen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen sowie die Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus erstattet.	✔ S1.: Versichert sind insgesamt drei stationäre (und ambulante) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger). AM31.: Versichert sind insgesamt drei ambulante (und stationäre) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).	✔ Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen für stoffgebundene Suchterkrankungen (keine Nikotinsucht) geleistet, wenn - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, - die stationäre Entziehungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmaßnahme zugelassenen Einrichtung oder die ambulante Entziehungsmaßnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt. Bei der ersten Entziehungsmaßnahme sind 100% erstattungsfähig, bei der zweiten und dritten 80%. Die verbleibenden 20% sind nach Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Bei stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	✓ Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen und Arznei- und Verbandmittel für max. - 3 Versuche der Insemination und - 3 Versuche der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder 3 Versuche der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) einschl. der dabei erforderlichen IVF (IVF/ICSI), wenn - die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und - bei der versicherten Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt und - eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und - die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet. Bestehen für den nicht bei der Continentale Krankenversicherung versicherten Partner Leistungsansprüche bei anderen Kostenträgern (z. B. GKV, PKV), ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für die verbleibenden Restkosten leistungspflichtig. Die Vorleistung der anderen Kostenträger ist auf den Kostenbelegen nachzuweisen. Wenn der Leistungsanspruch gegenüber den zuvor genannten Kostenträgern nicht oder nicht rechtzeitig geltend gemacht wird, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif für die Behandlungskosten des nicht versicherten Partners. Die oben genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für ambulant* und stationär durchgeführte Versuche. Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Stationäre Krankenhausleistungen sind nur erstattungsfähig, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung nicht möglich ist.	✓ Künstliche Befruchtung ist zu 100% erstattungsfähig, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht. Ein Leistungsanspruch besteht für: - bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder - bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder - bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF). Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Anspruch auf Leistungen, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.	✓ Versichert sind Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - die Behandlung im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, erfolgt und - eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15% besteht. Der Versicherer empfiehlt eine Klärung der Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Hinweis: Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Samenzellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).	✓ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kinderwunschbehandlungen (künstliche Befruchtung), wenn - bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität besteht, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die Kinderwunschbehandlung gegeben ist, - die Behandlung bei Ehepaaren/Paaren in eheähnlicher Lebensgemeinschaft durchgeführt wird, - eine Befruchtung ausschließlich mit Ei- und Samenzellen des Ehepartners/des Partner in eheähnlicher Gemeinschaft (homologe Befruchtung) erfolgt. Folgende Maßnahmen zählen hierbei zu einer künstlichen Befruchtung: Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie die hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln. Besteht für die Behandlung des nicht bei der INTER versicherten Ehe- oder Lebenspartners ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. GKV oder PKV), sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.	✓ Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind versichert, wenn - bei Behandlungsbeginn die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein durch künstliche Befruchtung überwunden werden kann und - die Behandlung bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht und - nur Ei- und Samenzellen der jeweiligen Paare verwendet werden. Erstattungsfähig sind während der gesamten Vertragslaufzeit bis zu 8 Inseminationen sowie 8 Versuche der In-vitro-Fertilisation/IVF und/oder Intracytoplasmatischen Spermieninjektion-on/ICSI. Hat eine an der Behandlung beteiligte, aber nicht bei der SDK versicherte Person einen Anspruch auf Leistung bei einem anderen Kostenträger, müssen nur die nach Vorleistung des anderen Kostenträgers (z. B. GKV) verbleibenden Kosten erstattet werden. Der Versicherer empfiehlt zur Vermeidung möglicher Leistungskürzungen, vorab Art und Umfang der Behandlung über ihn zu klären.	✓ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung (Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Zusage, die erteilt wird, wenn über die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung hinaus folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind: - bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die nur mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - die Frau hat zum Zeitpunkt der Behandlung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, - die Behandlung wird bei Ehepartnern oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung), - die Behandlung entspricht deutschem Recht, - vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt. Tariflich erstattet werden bis zu 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation sowie höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche aus In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatischen Spermieninjektion (einschl. der dabei erforderlichen IVF), intratubaren Gametentransfer (hiervon max. 2 Versuche).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
	* abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR)					Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist. Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange die o. g. erfüllt sind. Leistungsansprüche der versicherten Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. Staat, GKV) haben Vorrang und werden angerechnet. Hinweis: auch mitversichert, nach vorheriger schriftlicher Zusage: Aufwendungen* für eine einmalige Kryokonservierung, wenn der Versicherte eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und Leistungen für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung beanspruchen könnte. * Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, Transport, Einfrieren, Lagerung (nur, solange ein Leistungsanspruch für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung besteht), späteres Auftauen von Ei- bzw. Spermazellen oder Keimzellgewebe

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. VHV2E+ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 Hallesche ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	✔ Beitragsbefreiung für jeden Monat, in dem die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) bezieht, längstens für 6 Monate. Der Tarif muss zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes mind. 8 Monate bestehen (keine Anwartschaft); Bezug des Elterngeldes muss innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn durch Kopie des Elterngeldbescheides nachgewiesen wird.	✔ VA6-900-U, Komfort Zahn-U: Beitragsbefreiung a) während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld (ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen) b) bis zu 6 Monate in den Fällen, in denen die versicherte Person (VP) nur aufgrund einer Überschreitung der Einkommensgrenzen (§ 1 Abs. 8 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)) keinen Anspruch auf Elterngeld hat, ein Anspruch auf Elterngeld nach den bis zum 31.03.2024 geltenden Einkommensgrenzen im Übrigen aber bestanden hätte (Antragstellung innerhalb von 3 Monaten, nachdem die Anspruchsvoraussetzungen für einen Elterngeldbezug erstmalig vorgelegen hätten; Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit müssen innerhalb dieser Frist durch geeignete Unterlagen nachgewiesen werden) c) gilt nur für die VP, die nach a) Elterngeld bezieht bzw. nach b) hätte beziehen können; sie ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat. VA6-900-U: 500 EUR Pauschale bei häuslicher Entbindung (bei Mehrlingsgeburten entsprechend das Vielfache).	✔ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld bezieht und sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mindestens 8 Monate im Tarif VHV+ versichert ist. Bei einer Hausentbindung (muss ausdrücklich als solche in der Rechnung bezeichnet werden) wird einmalig eine Pauschale von 500 EUR gezahlt (keine Anrechnung auf die Selbstbeteiligung). Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden erstattet, sofern nach ärztlichen Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).	✔ „Beitragsbefreiung“ für die versicherte Person (VP), die im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) Elterngeld* bezieht - für max. 6 Monate - die VP ist zum Zeitpunkt der Geburt seit mind. 12 Monaten im Tarif JABest versichert - Elterngeldbescheid ist vorzulegen * Monate, in denen der VP anzurechnende Leistungen (z.B. Mutterschaftsgeld) zustehen, gelten als Monate, für die die berechnete Person Elterngeld bezieht Kann Elterngeld nur deshalb nicht bezogen werden, weil die gesetzlichen Einkommensgrenzen überschritten werden, wird die Leistung gewährt, wenn nach den für Geburten oder Adoptionen vor dem 01.04.2024 geltenden Einkommensgrenzen (§ 1 Abs. 8 BEEG) ein Anspruch auf Elterngeld bestanden hätte. Es sind geeignete Nachweise über die Erfüllung des Elterngeldanspruchs im Übrigen vorzulegen. Die Leistung fällt nicht unter die Selbstbeteiligung.	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	✔ Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung eine Geburtspauschale von 600 EUR zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen gezahlt (ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung). Hinweis: Pauschale bei Hausgeburt

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 VERSICHERUNGSGRUPPE JABest 2 INTER Opti PVN	 Einfach für Ihr Leben da. AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 ALH Gruppe MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	✔  Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), wenn es sich um Medizinprodukte* handelt und diese - im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind - durch einen approbierten Arzt, Zahnarzt, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet sind - dem Grunde nach nicht anderweitigen tariflichen Leistungen zuzuordnen sind. DiGA, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind (ansonsten Voraussetzungen wie oben), werden zu 80% bis max. 1.000 EUR p. a. erstattet (anteilige Erstattung bei unterjährigem Beginn). DiGA werden je Verordnung (abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR)) für max. 12 Monate erstattet; danach erneute Verordnung erforderlich. * Hauptfunktion beruht im Wesentlichen auf digitalen Technologien; sind dazu bestimmt, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. nicht versichert: Kosten für den Gebrauch von DiGA (z. B. Smartphone/PC, Stromkosten, Batterien). Hinweis: DiGA für den ambulanten Bereich!	✔  VA6-900-U, Komfort Zahn-U: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), sofern diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgeführt sind (oder nur deshalb nicht im Verzeichnis stehen, weil ihre Risikoklasse diejenigen nach § 33a SGB V übersteigt) und von Ärzten, Zahnärzten, (ärztlichen) Psychotherapeuten oder Heilpraktikern verordnet werden: - bis zu den zwischen dem Anbieter der DiGA und dem PKV-Verband vereinbarten Vergütungsbeträgen (über Dritte bezogene – höhere – Aufwendungen; Begrenzung auf 30% der zuvor genannten Vergütung) - anderenfalls: bis zur Höhe, wie sie der Anbieter als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen kann - in allen anderen Fällen: bis zum tatsächlichen Vergütungsbetrag. Der Versicherer ist berechtigt, die DiGA selbst zur Verfügung zu stellen; der Versicherte ist nicht verpflichtet, die DiGA über ihn zu beziehen. * zertifizierte Medizinprodukte, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten und Schwangerschaft oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. DiGA werden denjenigen Leistungen zugerechnet, für die sie verordnet wurden. Umfang/Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen.	✔ Die Kosten für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen* (DiGA) werden erstattet, wenn die DiGA - von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder - durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird. Kosten für den Gebrauch der DiGA (z. B. Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien) sind nicht erstattungsfähig. * Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen	✔ Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA**), die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen wurden, sind erstattungsfähig*, wenn sie von niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten (auch in MVZ), approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis oder von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen verordnet wurden. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellern für DiGA; Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen. DiGA, die nicht im Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber von o. g. Leistungserbringern verordnet wurden und über Kooperationspartner des Versicherers angeboten werden, sind ebenfalls erstattungsfähig*. Die Kosten werden je Verordnung für max. 12 Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung (s. o.) erforderlich. * zu 100% ** = Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen	✔ Erstattungsfähig sind von Ärzten oder psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten verordnete digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), die - im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind - nicht in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurden, wenn sie die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person unterstützen und einen Nachweis für positive Versorgungseffekte erbracht haben. ** zertifizierte Medizinprodukte, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei der versicherten Person oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen DiGA - werden je Verordnung für max. 12 Monate erstattet; danach neue Verordnung erforderlich. - dürfen auch vom VR selbst (anstelle des Aufwundersatzes) zur Verfügung gestellt werden. - muss der Versicherte nicht über den Versicherer beziehen. - werden zu den zwischen Anbieter und PKV-Verband vereinbarten Vergütungsbeträgen erstattet (bzw. Erstattung der Kosten, die nach §134 SGB V mit der GKV vereinbart wurden); ohne Vereinbarungen werden die tatsächlichen Kosten vergütet.	✔ Erstattungsfähig sind Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die im entsprechenden Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V) enthalten sind, bis zu den dort genannten Preisen, sofern der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut die Anwendungen verordnet oder der Versicherer vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat. Andere DiGA werden im Versicherungsfall zu 80% bis max. 1.600 EUR p. a. erstattet (nur nach vorheriger Zusage). max. Nutzungsdauer: 12 Monate, darüber hinaus ist eine neue Verordnung bzw. Zusage erforderlich Der Versicherer darf die DiGA auch selbst zur Verfügung stellen. Übernommen werden ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der DiGA; keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten. Eine DiGA muss ein Medizinprodukt niedriger Risikoklasse (I oder IIa) sein, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die in den Tarifbedingungen genannten Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.
		Keine Erstattungspflicht für Aufwendungen, die durch den Gebrauch von DiGA entstehen (z. B. Anschaffungskosten für Smartphone/PC, Stromkosten, Batterien). Hinweis: VA6-900-U: DiGA für den ambulanten Bereich!		nicht erstattungsfähig: - Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten - Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, die vom BfArM nach § 78a Abs. 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind.	Keine Erstattung - von DiGA, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind - für Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA (z. B. Anschaffung/Betrieb mobiler Endgeräte/PCs einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten); Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Bei Neuabschluss wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet. ⚠ Hinweis: Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die allgemeine Wartezeit von drei Monaten und (für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) die besonderen Wartezeiten von acht Monaten; sie entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.	✔ Wartezeiten bestehen nicht.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.	✔ 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 auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden und 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).	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	❌ Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	✔ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als 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.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	✔ Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land bzw. für die Region eines Landes vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen, für die keine Leistungspflicht besteht.	✔ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).	✔ Ja. Keine Leistungspflicht besteht bei Kriegsereignissen nur für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	✔ Für Kriegsereignisse im Ausland besteht Leistungspflicht, sofern - bei der Einreise der versicherten Person keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet bestand oder - eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet nach der Einreise ausgesprochen wurde, die versicherte Person aber durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.	✔ Ja. Leistungspflicht besteht für Folgen von Kriegsereignissen außerhalb Deutschlands, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Land vor Beginn des Aufenthalts im Ausland keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist. Durch Terrorereignisse verursachte Krankheiten und Folgen eines Unfalls sind weltweit versichert. Für durch Kriegsereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte Krankheiten sowie deren Folgen und Folgen von Unfällen und Todesfälle wird nicht geleistet.	✔ Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei Kriegsereignissen im Ausland, wenn a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1)a) MB/KK 2009.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Die Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	 VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	 VHV2E+ PVN	 JABest 2 INTER Opti PVN	 AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	 MAS.2 URZ PVN
Monatsbeitrag:	717,14 €	640,29 €	787,79 €	679,21 €	664,84 €	780,81 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	79 %	91 %	91 %	88 %	88 %
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein. Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Der Vertrag wird in der Regel für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.
Sonstiges		✔ Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungserbringern, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten. Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz.	✔ Beitragsbefreiung - bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 für die Dauer der Pflegebedürftigkeit - ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts (jedoch nicht bei Anschlussheilbehandlungen sowie bei Aufenthalten, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)	✔ Serviceleistungen: Medizinische Informationen (zu z. B. allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, geplanten Krankenhausaufenthalten), Unterstützung und Betreuung (durch z. B. Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten, Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Einholen einer Zweitmeinung), Betreuung bei Auslandsreisen (z. B. 24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern, Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus). Außerdem bietet das INTER Gesundheitsmanagement über das Service Center auf Wunsch weitere Beratungs- und Organisationsleistungen: Unterstützung bei der Beschaffung von Hilfsmitteln / Betreuung und Organisation von Therapie und Pflege sowie Hilfe bei der Gestaltung des Umfelds des Patienten bei schweren Erkrankungen.	✔ Der Versicherer bietet Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall, beispielsweise medizinische Beratung oder Assistancemaßnahmen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen), zu finden unter: www.sdk.de.	

Analyse Krankenversicherung

Beitragshistorie

Die folgende Tabelle zeigt die Beitragshistorie der vorgeschlagenen Tarife am Beispiel eines 35 jährigen Mannes.

Jahr	Continentale PREMIUM-MED SP2 PVN	AXA - DBV VA6-900-U Komfort Zahn-U PVN	Barmenia VHV2E+ PVN	Inter JABest 2 INTER Opti PVN	Süddeutsche SDK AM31 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z8 PPN	Hallesche MAS.2 URZ PVN
2013		367,56 €	335,36 €			340,10 €
2014		367,56 €	335,36 €			340,10 €
2015		367,56 €	335,36 €			340,10 €
2016		367,56 €	335,36 €	372,16 €		370,16 €
2017		367,56 €	375,41 €	372,16 €	372,11 €	370,16 €
2018		367,56 €	375,41 €	372,16 €	372,11 €	399,82 €
2019		367,56 €	399,21 €	374,30 €	372,11 €	428,55 €
2020		367,56 €	399,21 €	374,30 €	372,11 €	428,55 €
2021	432,73 €	367,56 €	462,97 €	407,89 €	386,11 €	463,31 €
2022	432,73 €	492,82 €	462,97 €	407,79 €	386,11 €	480,73 €
2023	432,73 €	492,82 €	509,88 €	407,79 €	408,67 €	480,73 €
2024	430,39 €	492,82 €	509,88 €	420,23 €	421,63 €	500,79 €
2025	508,61 €	492,82 €	563,19 €	469,15 €	440,18 €	500,79 €