

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

B e a m t i n /
Versicherungsvergleich

B e a m t e r

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

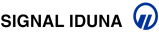
Vorname: Beamtin / Beamter
Nachname: Versicherungsvergleich
Geburtsdatum: 22.12.2001
Geschlecht: Frau
Berufsgruppe: Beamte/r
Status: Erwachsene/r (mit PPV Beitrag)
Beihilfesatz: 50 %
Beihilfeträger: Bund

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.10.2026
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
	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	395,84 €
	AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	300,75 €
	A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	316,62 €
	VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	310,29 €
	B501 BE2 PVB	305,02 €
	KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB	324,52 €

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.

					
BC 20k 83,54 €	AZS 30 (BRE) 105,78 €	A20Z 55,51 €	BN VisB-U 7,13 €	B501 247,16 €	KOMFORT-B-E1 50 0,82 €
Kompakttarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeCOMFORT: 20% Erstattung für - ambulante Behandlung - Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie - stationäre Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt) Tarifstufe endet mit Eintritt des Versorgungsfalls. AVB/WW, Teil I_SAP-Nr.: 339066, 04.2023 + Teil II (Tarif BeihilfeCOMFORT)_Stand: 01.01.2024, SAP-Nr. : 338154, 12.2023 Beitragsstand: 01.01.2026	Tarif für ambulante und zahnärztliche Leistungen für Beihilfeberechtigte Versicherter Prozentsatz: 30% Ab Alter 20 ist ein Gesundheitsrabatt von 10% möglich, sofern die Vorgaben des Gesundheits-Checks erfüllt werden. Verbraucherinfo Beihilfe 01.2026 Beitragsstand: 01.01.2026	Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird. Verbraucherinfo Beihilfe 07.2025 Beitragsstand: 01.01.2026	Ergänzungstarif (Restkostenabsicherung) für Beihilfeberechtigte u. a. - Vorsorge - Impfungen - Präventionskurse* - Hilfsmittel - Heilpraktiker - refraktive Chirurgie - Sozialpädiatrie / Frühförderung - Zahnbehandlung/Prophylaxe, Zahnersatz, bis zu 4 Implantate (jeweils Honorar + Mat.kosten), KFO (nur Mat.kosten) - DiGA (ambulant + Zahn) - Kurkosten* (ambulant + stationär) - Rooming-in (bis Alter 13) - Auslandsreise-KV, Rücktransport, Überführung/Bestattung* (* begrenzte Erstattung) VG089_VQ490 23.10.2023 21014580_(07.23) Beitragsstand: 01.01.2024	Tarife für Beihilfeberechtigte (Tarifbausteine 201 und 301) 50% Erstattung für - ambulante Behandlung - stationäre Regelleistungen + Wahlleistungen (2-Bettzimmer + Privatarzt) - Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie Bei Eintritt des Versorgungsfalls Umstellung in B 30 o. B2 30 (falls keine 70% vorgesehen sind, ist von vorneherein B 50 oder B2 50 zu versichern) Teil III_AP00101U, Stand: 01.2025 Beitragsstand: 01.03.2026	Beihilfeergänzungstarif: - Heilpraktiker - Sehhilfen - Schutzimpfungen - Zahntechnische Material-/Laborkosten - Auslandsreise Versicherter Prozentsatz: 50% Beitragsstand: 01.01.2024

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

					
BC 30 218,21 €	AZSK (BRE) 57,04 €	A30 103,92 €	VisB 50T-U 232,12 €	BE2 8,51 €	KOMFORT-B-W+ 20V 3,01 €
Kompakttarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeCOMFORT: 30% Erstattung für - ambulante Behandlung - Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie - stationäre Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt) AVB/VV, Teil I_SAP-Nr.: 339066, 04.2023 + Teil II (Tarif BeihilfeCOMFORT)_Stand: 01.01.2024, SAP-Nr. : 338154, 12.2023 Beitragsstand: 01.01.2026	Tarif für ambulante und zahnärztliche Leistungen für Beihilfeberechtigte Versicherter Prozentsatz: 20% Ab Alter 20 ist ein Gesundheitsrabatt von 10% möglich, sofern die Vorgaben des Gesundheits-Checks erfüllt werden. Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird Verbraucherinfo Beihilfe 01.2026 Beitragsstand: 01.01.2026	Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Verbraucherinfo Beihilfe 07.2025 Beitragsstand: 01.01.2026	Kompakttarif für Beihilfeberechtigte: ambulante Behandlung (80% Arznei-/Verbandmittel bis 1.000,- € RB, darüber 100% - des versicherten Prozentsatzes) Regelleistungen (einschl. Belegarzt) im Mehrbettzimmer Zahnbehandlung, Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Zuschlag für Raucher: 17% Versicherter Prozentsatz: 50% AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: Dezember 2020 + Teil II (TB 2012)_VK173 08.07.2020 21010438 (12.20) Teil III (Vertragsgrundlage 047, Tarif VisB-U)_VK063 26.04.2022, gültig ab 06/2022 Umstellung in VisB 30-U bei Eintritt in Ruhestand, spätestens zum 1. des folgenden KJ., in dem VP gesetzl. Altersgrenze für Ruhestand erreicht. Beitragsstand: 01.01.2026	Beihilfeergänzungstarif: - Mat.- und Laborkosten bei Zahnersatz und Inlays - Auslandsreise-KV inkl. Rücktransport, Überführung bzw. Bestattung - Sehhilfen bis 300 EUR (bei Nutzung Kooperationspartner 400 EUR) - Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten - Heilpraktiker bis 500 EUR p. a. - Diff.kosten 1-/2-Bettzimmer - 15 EUR Krankenhaustagegeld - 15 EUR Kurtagegeld Beitragsstand: 01.03.2024	Stationäre Zusatzversicherung: 20% Wahlärztliche Behandlung 20% 2-Bettzimmer Beitragsstand: 01.01.2025

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

					
BErgänzung+ 21,88 €	BES 10,00 €	BET 6,23 €	BW2 50T-U 14,71 €		KOMFORT-B+ 20V 87,38 €
Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeErgänzungPlus Unter Anrechnung der Beihilfeansprüche, der Leistungen nach Tarif BeihilfeCOMFORT und BeihilfeKlinikPlus: - Reiseschutzimpfungen und Malaria prophylaxe - nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel - Heilpraktiker - Naturheilkunde durch Ärzte - Sehhilfen, bis 100 EUR alle 2 Jahre - beihilfefähige Hilfsmittel - ambulante Vorsorgeuntersuchungen (wenn nicht bereits aus BeihilfeCOMFORT erstattet), bis 100 EUR p. a. - Differenzkosten 1-/2-Bettzimmer - stationäre privatärztliche Leistungen (auch über GOÄ-Höchstsätze hinaus) - Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung/Zahnersatz, bis 6.000 EUR p. a. (1. + 2. Jahr insgesamt 2.000 EUR) - Kurtagegeld 40 EUR, max. 28 Tage innerhalb von 3 Jahren - Auslandsreise-KV, bis zu 56 Tagen AVB/VV, Teil II (Tarif BeihilfeErgänzungPlus)_SAP-Nr.: 339070, 04.2018 Beitragsstand: 01.01.2024	Beihilfeergänzungstarif: - Sehhilfen/Lasik - Arznei-/Verbandmittel, Schutzimpfungen - Ausland - Naturheilverfahren - Zahn: Material-/Laborkosten Verbraucherinfo Beihilfe 01.2026 Beitragsstand: 01.01.2026	Beihilfeergänzungstarif: Restkostenerstattung Sehhilfen, Heilpraktiker, Zahnersatz, Kurtagegeld, Differenz Ein-/Zweibettzimmer, Auslandsreisen, Schutzimpfungen Beitragsstand: 01.01.2021	50% Erstattung der Wahlleistungen im Krankenhaus (2-Bettzimmer, Privatarzt). Umstellung in BW2 30-U bei Eintritt in Ruhestand, spätestens zum 1. des folgenden KJ., in dem VP gesetzl. Altersgrenze für Ruhestand erreicht. Beitragsstand: 01.01.2020		Ambulant: 20% ambulante Heilbehandlung 20% Heilpraktiker bis 1.000 EUR Rechnungsbetrag p.a. 15% Heilmittel (bei schweren Erkrankungen 20%) Stationär: 20% Regelleistungen Zahn: 20% Zahnbehandlung 16-20% Zahnersatz je nach Zahnvorsorge 20% Kieferorthopädie bei erfolgreichem Abschluss Booklet VV, Beihilfe, ZV_Stand: 01.01.2022_1344013 Jan22 Tarif für Beihilfeberechtigte (endet im Versorgungsfall) Beitragsstand: 01.01.2026

Tarifkürzbeschreibungen und Beiträge

	 HanseMerkur	 HanseMerkur		 HUK-COBURG	SIGNAL IDUNA 
BKlinik+ 20k 2,99 € stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeKlinikPlus: - 20% Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung, 2-Bettzimmer) Tarifstufe endet mit Eintritt des Versorgungsfalls. AVB/VV, Teil II (Tarif BeihilfeKlinikPlus)_Stand: 01.01.2024, SAP-Nr. : 338160, 12.2023 Beitragsstand: 01.01.2024	PSB30 42,96 € Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. - Regelleistungen Versicherter Prozentsatz: 30% Verbraucherinfo Beihilfe 01.2026 Beitragsstand: 01.01.2026	P2EB/30 7,74 € Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte: Erstattung der Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Chefarzt). Erstattungssatz 30%. Beitragsstand: 01.01.2026	BWE-U 5,89 € Erstattung der Differenzkosten zwischen 1-Bettzimmer und 2-Bettzimmer. Beitragsstand: 01.01.2025		KOMFORT-B+ 30 172,22 € Ambulant: 30% ambulante Heilbehandlung 30% Heilpraktiker bis 1.000 EUR Rechnungsbetrag p.a. 22,5% Heilmittel (bei schweren Erkrankungen 30%) Stationär: 30% Regelleistungen Zahn: 30% Zahnbehandlung 24-30% Zahnersatz je nach Zahnvorsorge 30% Kieferorthopädie bei erfolgreichem Abschluss Booklet VV, Beihilfe, ZV_Stand: 01.01.2022_1344013 Jan22 Tarif für Beihilfeberechtigte Beitragsstand: 01.01.2026
BKlinik+ 30 10,37 € stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeKlinikPlus: - 30% Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung, 2-Bettzimmer) AVB/VV, Teil II (Tarif BeihilfeKlinikPlus)_Stand: 01.01.2024, SAP-Nr. : 338160, 12.2023 Beitragsstand: 01.01.2024	PSBK20 18,84 € Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. - Regelleistungen Versicherter Prozentsatz: 20% Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird Verbraucherinfo Beihilfe 01.2026 Beitragsstand: 01.01.2026	P2EZ 3,25 € Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte: Erstattung der Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Chefarzt). Erstattungssatz 20%. Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird. Beitragsstand: 01.01.2026			KOMFORT-B-W+ 30 7,85 € Stationäre Zusatzversicherung: 30% Wahlärztliche Behandlung 30% 2-Bettzimmer Beitragsstand: 01.01.2025

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

	 HanseMerkur	 HanseMerkur		 HUK-COBURG	SIGNAL IDUNA 
	W30 10,72 € Stationärer Tarif - Wahlärztliche Behandlung - 1- oder 2-Bettzimmer Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Verbraucherinfo Beihilfe 01.2026 Beitragsstand: 01.01.2026 WK20 5,28 € Stationärer Tarif - Wahlärztliche Behandlung - 1- oder 2-Bettzimmer Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Verbraucherinfo Beihilfe 01.2026 Beitragsstand: 01.01.2026	P3B/30 40,50 € Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte: Erstattung der Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt). Erstattungssatz 30%. Beitragsstand: 01.01.2026 P3Z 17,78 € Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte: Erstattung der Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt). Erstattungssatz 20%. Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird. Beitragsstand: 01.01.2026 ZA50 29,70 € Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50% Beitragsstand: 01.01.2018			
Gesetzlicher Zuschlag: 25,05 €	Gesetzlicher Zuschlag: 16,95 €	Gesetzlicher Zuschlag: 18,81 €	Gesetzlicher Zuschlag: 16,11 €	Gesetzlicher Zuschlag: 15,68 €	Gesetzlicher Zuschlag: 18,09 €
PVB 33,80 €	PVB 33,18 €	PVB 33,18 €	PVB 34,33 €	PVB 33,67 €	PVB 35,15 €
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Beitragsstand: 01.01.2026
Gesamtbeitrag mtl.: 395,84 € Arbeitnehmeranteil mtl.: 0,00 € Effektivbeitrag inkl.SB mtl.: 395,84 €	300,75 € 0,00 € 300,75 €	316,62 € 0,00 € 316,62 €	310,29 € 0,00 € 310,29 €	305,02 € 0,00 € 305,02 €	324,52 € 0,00 € 324,52 €

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

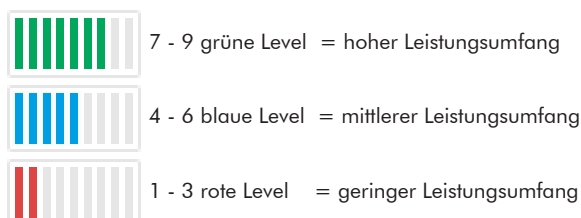
Analyse Krankenversicherung

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.

	VER SICHER UNGS KAMMER BAYERN	 HanseMerkur	 HanseMerkur	 AXA	 HUK-COBURG	 SIGNAL IDUNA
	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	B501 BE2 PVB	KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B- W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Selbstbehalt p.a.:						
SB Art *:						
Arbeitnehmeranteil:						
Effektivbeitrag **:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Erfüllte Beratungsschwerpunkte	15 von 18	13 von 18	9 von 18	11 von 18	7 von 18	11 von 18
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär						
	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn						
Zahnbehandlung	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahnersatz	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	100 %
Kieferorthopädie	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %

Erläuterung zur Darstellung:



* 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

	 VER SICHERUNGSKAMMER BAYERN BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 HUK-COBURG B501 BE2 PVB	 SIGNAL IDUNA KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Selbstbeteiligung (SB)						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ BC 20k, BC 30: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ A20Z, A30: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ BC 20k, BC 30: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ A20Z, A30: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 50 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 50% Erstattung = 500 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 40% Erstattung = 200 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 50% Erstattung = 400 EUR (bei Einschaltung VR) - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 50% Erstattung = 100 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente beträgt 50 EUR.	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ KOMFORT_Bplus20V: Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 10 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 20% Erstattung = 200 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 20% Erstattung = 100 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 20% Erstattung = 160 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 15% Erstattung = 30 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt 990 EUR (0 EUR bei bestimmten schweren Erkrankungen). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 1.000 EUR begrenzt (20% von 5.000 EUR). KOMFORT_Bplus30: Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 15 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 30,0% Erstattung = 300 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 30,0% Erstattung = 150 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 30,0% Erstattung = 240 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 22,5% Erstattung = 45 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt 1.485 EUR (0 EUR bei bestimmten schweren Erkrankungen). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 1.500 EUR begrenzt (30% von 5.000 EUR).
- Selbstbehalt nur ambulant?	✔ BC 20k, BC 30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ A20Z, A30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- prozentualer Selbstbehalt?	✔ BC 20k, BC 30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ A20Z, A30: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ BC 20k: Tarif erst ab Alter 20 versicherbar - Leistungsmerkmal nicht relevant BC 30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ A20Z, A30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ BC 20k, BC 30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ A20Z, A30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ BC 20k: Ja. BC 30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ A20Z, A30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ BC 20k, BC 30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ A20Z, A30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ A20Z, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ A20Z, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ A20Z, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ A20Z, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ A20Z, A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	BC 20k: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	A20Z: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). A30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).	KOMFORT_Bplus20V: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). KOMFORT_Bplus30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ BC 20k, BC 30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ A20Z, A30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt (im Ausland gilt bei akuter Behandlung keine Begrenzung).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	 BC 20k, BC 30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 A20Z, A30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die GOÄ-Höchstsätze begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	 Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	 BC 20k, BC 30: Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 A20Z, A30: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der 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.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Für geplante Behandlungen im Ausland leistet der Versicherer nur in dem Umfang, der bei einer wohnortnahen medizinischen Behandlung in Deutschland entstanden wäre. Ist eine adäquate Behandlung in Deutschland nicht möglich, leistet der Versicherer auch für gezielt im Ausland durchgeführte Behandlungen in den dort üblichen Kostenrahmen.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	  BC 20k, BC 30: Heilpraktikerleistungen (sämtliche Verrichtungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH)) sind erstattungsfähig. Hinweis: BC 20k, BC 30: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 A20Z, A30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	BC 20k, BC 30: Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	A20Z, A30: Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Heilpraktikerleistungen einschl. verordneter Arzneimittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ BC 20k, BC 30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.	✘ KOMFORT_Bplus20V: Heilpraktikerleistungen werden bis zu 200 EUR im Kalenderjahr erstattet. KOMFORT_Bplus30: Heilpraktikerleistungen werden bis zu 300 EUR im Kalenderjahr erstattet.
- mind. bis zum Höchstsatz GebüH erstattungsfähig?	✔ BC 20k, BC 30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des GebüH erstattungsfähig.	✘ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Behandlungskosten, die durch Inanspruchnahme von Heilpraktikern entstehen, werden nur bis zu den Höchstsätzen erstattet, bis zu denen für vergleichbare ärztliche Leistungen Honorare bemessen werden können.	✘ A20Z, A30: Behandlungskosten, die durch Inanspruchnahme von Heilpraktikern entstehen, werden nur bis zu den Höchstsätzen erstattet, bis zu denen für vergleichbare ärztliche Leistungen Honorare bemessen werden können.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebüH hinaus) erstattungsfähig?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Erstattet werden auch von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig.	✘ A20Z, A30: Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben.	✘ 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.	✔ Die im Hufelandverzeichnis (für Ärzte) aufgeführten alternativen Behandlungsmethoden Akupunktur, Akupressur, ausleitende Verfahren, bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonenmassage, Sauerstoff-Therapie und Shiatsu werden tarifgemäß erstattet.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Erstattet werden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Arznei und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen - bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja	A20Z, A30: 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.	✘ 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.	✔ Es werden die im Hufelandverzeichnis aufgeführten alternativen Behandlungsmethoden Akupunktur, Akupressur, ausleitende Verfahren, bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonenmassage, Sauerstoff-Therapie und Shiatsu tarifgemäß erstattet.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: 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

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✓ BC 20k, BC 30: Erstattet werden gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen - ohne die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle. Ersetzt werden auch Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Vorsorge während der Schwangerschaft (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest sowie Triple-/Quadruple-Test).	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Erstattet werden ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Nach zweijähriger Versicherungsdauer kann erstmals für Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf gesetzlich eingeführten Programmen beruhen, ein Kostenzuschuss gewährt werden. Nach Ablauf von jeweils 2 weiteren Jahren können erneut Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden.	✓ A20Z, A30: Erstattet werden ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Nach zweijähriger Versicherungsdauer kann erstmals für Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf gesetzlich eingeführten Programmen beruhen, ein Kostenzuschuss gewährt werden. Nach Ablauf von jeweils 2 weiteren Jahren können erneut Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden.	✓ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig. Hinweis: Lt. Informationsblatt des Versicherten (nicht Bestandteil der Bedingungen) wurde der Leistungskatalog um einige wichtige Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen, ergänzt.	✓ Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung. Als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge sind Maßnahmen zur Pränataldiagnostik bis maximal insgesamt 2.000 EUR erstattungsfähig.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja. Erstattungsfähig sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen; hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.
- Schutzimpfungen?	✓ BC 20k, BC 30: Erstattet werden Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen.	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Als Versicherungsfall gelten auch Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht - unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden.	✓ A20Z, A30: Als Versicherungsfall gelten auch Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht - unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden.	✓ 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.	✓ Erstattet werden Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, soweit es sich um Schutzimpfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz und Zeckenschutzimpfungen sowie um die empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland handelt, mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Erstattungsfähig einschl. der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen (z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen), auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	✓ BC 20k, BC 30: Teil I, AVB/VV: Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. Krankengymnastik, Massagen und medizinische Bäder), der podologischen Therapie, der Osteopathie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Maßnahmen der Ergotherapie. Teil II, Tarif BeihilfeCOMFORT: Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Heilmittel bis zu den beihilfefähigen Höchstätzen des Bundes. Hierzu gehören z. B. Physiotherapie (Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder), Logopädie, Ergotherapie, Podologie und Osteopathie.	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, Massagen u. dgl., Ergotherapie, Logopädie, medizinische Bäder jeder Art sowie alle in den Bundesbeihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannten Heilmittel.	✓ A20Z, A30: Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Ernährungstherapie (- Schwangerschaftsgymnastik)	✓ 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 (bei Diabetes)	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Erstattungsfähig sind: - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Heilmittel/Therapien: Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältherapie und Wärmebehandlung

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Erstattung von Heilmitteln in %?	BC 20k, BC 30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Erstattungsfähige Heilmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	A20Z, A30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Erstattungsfähige Heilmittel sowie Logopädie, Ergotherapie und Podologie werden zu 75% des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z. B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) beträgt die Erstattung 100% des versicherten Prozentsatzes.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	 BC 20k, BC 30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 A20Z, A30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Der Eigenanteil für Heilmittel ist nicht in der Höhe begrenzt. Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z. B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) entfällt die Selbstbeteiligung.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	 BC 20k, BC 30: Keine unüblichen Beschränkungen.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Keine unüblichen Beschränkungen.	 A20Z, A30: Keine unüblichen Beschränkungen.	 Keine unüblichen Beschränkungen.	 Keine unüblichen Beschränkungen.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfesätze?	 BC 20k, BC 30: Nein. Heilmittel werden bis zu den beihilfefähigen Höchstsätzen des Bundes erstattet.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein. Die tarifliche Leistung bemisst sich nach den gem. Bundesbeihilfevorschriften dafür als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen.	 A20Z, A30: Nein. Die tarifliche Leistung bemisst sich nach den gem. Bundesbeihilfevorschriften dafür als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen.	 Nein. Heilmittel sind höchstens bis zur Höhe der nach den Beihilferegelungen des Bundes beihilfefähigen Höchstsätze erstattungsfähig.	 Nein. Erstattungsfähig sind die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Heilmittel - bis zu den dort genannten beihilfefähigen Höchstsätzen des Bundesministeriums des Innern.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: 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. Hinweis: KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Logopädie, Ergotherapie: bis beihilfefähige Höchstbeträge
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?		 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): 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.				 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Logopädie	✔ BC 20k, BC 30: Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Leistungen des Logopäden werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen berücksichtigt.
- Ergotherapie	✔ BC 20k, BC 30: Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Leistungen des Ergotherapeuten werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen berücksichtigt.
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	✔ BC 20k, BC 30: Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine bestehende Behinderung oder Unfallfolge zu mildern oder auszugleichen oder die erforderlich sind, um Leben zu erhalten. Als Hilfsmittel zählen auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke. Erstattet werden u. a. Geh- und Stehhilfen, orthopädische Schienen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte ; weitere Hilfsmittel s. nachfolgende Leistungspunkte. Darüber hinaus ersetzt der Versicherer Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe (z. B. Gebärdendolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern diese für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein in den Tarifbedingungen genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Zu den erstattungsfähigen Hilfsmitteln gehören u. a. Hör- und Sprechhilfen; Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhschulzrichtungen, Messgeräte für Körperzustände / -funktionen, Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte; Sauerstoffkonzentratoren; Flüssigsauerstoff; Beatmungsgeräte; Herz- und Atemmonitore; Pulsoxymeter; Heimdialysegeräte; Rollatoren und Krankenfahrstühle; Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel. Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen.	✔ A20Z, A30: Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein in den Tarifbedingungen genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Zu den erstattungsfähigen Hilfsmitteln gehören u. a. die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Einlagen und Schuhschulzrichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (wie z. B. „Coagu-Chek“), Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte; Rollatoren, Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel; Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Pulsoxymeter, Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen.	✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel oder Körperersatzstücke, die eine körperliche Beeinträchtigung unmittelbar mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Für einzelne Hilfsmittel gelten Höchstrechnungsbeträge: Perücken bei krankhaftem Haarausfall bis zu 500 EUR / Sehimplantate bis zu 20.000 EUR / individuell angepasste Sitzschalensysteme bis zu 5.000 EUR. Prothesen-BH und -Badeanzüge werden abzüglich eines Eigenanteils von 50% des Rechnungsbetrags analog dem versicherten Prozentsatz erstattet. Einlagen und orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind auf maximal 3 Paar pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Hilfsmittel sind erstattungsfähig, sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ BC 20k, BC 30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	✔ A20Z, A30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	✔ Erstattungsfähig sind: - 100% des versicherten %-Satzes: orth. Schuhzurichtungen, orth. Schuheinlagen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund - 100% des versicherten Prozentsatzes bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerh. v. 2 Tagen (ansonsten 80% des versicherten %-Satzes): orthopädische Maßschuhe (abzg. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Sprechhilfen, Körperersatzstücke, Orthesen, Gehstützen, Milchkumpen, enterale Ernährung und Zubehör, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore, Insulin-, Infusions- + Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore, Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte - elektronische Lesegeräte bis 2.450 EUR, Hörgeräte bis insgesamt 1.300 EUR pro Ohr innerhalb von drei Kalenderjahren, Perücken bis 520 EUR, Befnässetherapiegerät bis 120 EUR, Allergikerbettwäsche (= Encasings) bis 200 EUR p. a., Bewegungsschienen bis 600 EUR pro Versicherungsfall, Tens-/EMS-Geräte bis 150 EUR pro Gerät - jeweils analog dem versicherten Prozentsatz - weitere Hilfsmittel (zur Begrenzung/ Vermeidung schwerer gesundh. Schäden) in funktioneller Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ BC 20k, BC 30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ A20Z, A30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Es fällt nur dann eine separate Selbstbeteiligung - von 20% - an bei Hilfsmitteln, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund).	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.  Hinweis: Der Eigenanteil für Hilfsmittel, bei denen Höchstrechnungsbeträge vorgesehen sind, ist nicht in der Höhe begrenzt.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Keine separate Selbstbeteiligung. Ggf. fällt eine Zuzahlung an, sofern Hilfsmittel, die mehr als 1.000 EUR kosten, nicht vorab vom Versicherer zugesagt wurden (s. "keine Beschränkung der Bezugsart/ Zusageerfordernis").
- offener Hilfsmittelkatalog?	✔ BC 20k, BC 30: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ A20Z, A30: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT- B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✔ BC 20k, BC 30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ A20Z, A30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	✔ BC 20k, BC 30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ A20Z, A30: 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.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ BC 20k, BC 30: Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden noch ist eine vorherige Zusage erforderlich.	✔ A20Z, A30: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden noch ist eine vorherige Zusage erforderlich.	✖ Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summenmäßig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schurzrichtungen, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden - ansonsten wird die Erstattung um 20% gekürzt.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. Ab einem Rechnungsbetrag von 1.200 EUR kann der Versicherer jedoch mit der Beschaffung über einen Kooperationspartner beauftragt werden.	✖ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Bei mehr als einmaligem Bezug eines Hilfsmittel gleicher Art im Kalenderjahr und/ oder bei Hilfsmitteln mit einem Kaufpreis von mehr als 1.000 EUR ist eine vorherige Zusage erforderlich (auch bei deren Wartung und Reparatur). Wird die Zusage nicht eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ BC 20k, BC 30: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ BC 20k, BC 30: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ BC 20k, BC 30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Beatmungsgeräte (Schlafapnoe-Geräte (z.B. CPAP-/BiPAP-/Bilevel-Geräte)) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.250 EUR erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ BC 20k, BC 30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung?	✔ BC 20k, BC 30: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✖ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Krankenfahrstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR erstattungsfähig; bei medizinisch notwendigen Spezialanfertigungen können nach vorheriger Zusage des Versicherers auch höhere Beträge erstattet werden.	✖ A20Z, A30: Krankenfahrstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR erstattungsfähig; bei medizinisch notwendigen Spezialanfertigungen können nach vorheriger Zusage des Versicherers auch höhere Beträge erstattet werden.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✖ Krankenfahrstühle (ggf. inkl. Zubehör und Antrieb) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Hör- u. Sprechgeräte?	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: BC 20k: Hörgeräte werden bis 300 EUR je Ohr erstattet, elektronische Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung. BC 30: Hörgeräte werden bis 450 EUR je Ohr erstattet, elektronische Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	 A20Z, A30: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis insgesamt bis 1.300 EUR pro Ohr (innerhalb von drei Kalenderjahren) erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung - analog des versicherten Prozentsatzes.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Hörhilfen (Hörgeräte apparativ einschließlich dazugehöriger Ohranpassstücke) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Hörhilfe erstattungsfähig, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	 BC 20k, BC 30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	 A20Z, A30: 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 sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	 BC 20k, BC 30: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig, sofern der Blindenhund als technisches Mittel vom Versicherer angesehen wird.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: A20Z, A30: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig, sofern der Blindenhund als technisches Mittel vom Versicherer angesehen wird.	 Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.	 Anschaffungskosten eines Blindenführhundes inklusive Einführungs- und Training sind erstattungsfähig.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	 BC 20k, BC 30: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	 A20Z, A30: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.450 EUR erstattungsfähig.	 Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	 BC 20k, BC 30: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, die Kosten für Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	 A20Z, A30: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	 Ja, Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	 Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen (bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR pro Prothese, C-LEG-Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 30.000 EUR), Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	 BC 20k, BC 30: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, die Kosten für Prothesen (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen) sind erstattungsfähig.	 A20Z, A30: Ja, die Kosten für Prothesen (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen) sind erstattungsfähig.	 Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Prothesen sind erstattungsfähig - bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR pro Prothese, C-LEG-Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 30.000 EUR.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	 BC 20k, BC 30: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	 A20Z, A30: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	 Kunstaugen sind erstattungsfähig.	 Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	 BC 20k, BC 30: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sind erstattungsfähig.	 A20Z, A30: Ja, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sind erstattungsfähig.	 Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	 Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	B501 BE2 PVB	KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT- B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	BC 20k: Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) werden bis 100 EUR erstattet. Darüber hinaus werden auch die Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker übernommen. BC 30: Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) werden bis 150 EUR erstattet. Darüber hinaus werden auch die Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker übernommen.	AZSK (BRE): Brillen und Kontaktlinsen werden 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von 120,00 EUR erstattet. AZS 30 (BRE): Brillen und Kontaktlinsen werden 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von 180,00 EUR erstattet.	A20Z, A30: Brillengläser und Kontaktlinsen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet. Hinweis: A20Z: Brillengestelle werden bis 22 EUR erstattet. A30: Brillengestelle werden bis 33 EUR erstattet.	Brillen und Kontaktlinsen werden ab dem 15. Lebensjahr bis 150 EUR erstattet. Hinweis: bis zum 15. Lebensjahr: 50 EUR Brillenzuschlag: 7 EUR - multipliziert mit dem versicherten Prozentsatz	Medizinisch notwendige Sehhilfen werden bis 300 EUR erstattet.	KOMFORT_Bplus20V: Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 30 EUR erstattet. KOMFORT_Bplus30: Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 45 EUR erstattet. Hinweis: KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate?	BC 20k, BC 30: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.	A20Z, A30: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Sehhilfen sind ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren, bis zum 15. Lebensjahr einmal je Kalenderjahr erstattungsfähig.	Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ein Anspruch auf Kostenersatzung besteht einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehkraft um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung						
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	BC 20k, BC 30: Operative Maßnahmen zur Behebung einer Fehlsichtigkeit werden erstattet.	AZSK (BRE): Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 400 EUR innerhalb von 60 Monaten. AZS 30 (BRE): Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 EUR innerhalb von 60 Monaten. Hinweis: AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Innerhalb der ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn sind die Aufwendungen für Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 EUR begrenzt.	Keine Leistung vorhanden.	Operative Sehschärfenkorrektur (z. B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) wird bis 500 EUR je Auge erstattet; erneuter Anspruch nach Ablauf von 10 Jahren.	Aufwendungen für eine Korrektur der Sehschärfe mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operation oder Kunstlinsen-Operation) werden bis 500 EUR (250 EUR pro Auge) erstattet.	Keine Leistung vorhanden.
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	BC 20k, BC 30: Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Hinweis: BC 20k, BC 30: Sofern die Beihilfe Leistungen erbringt, werden auch mehr als 50 Sitzungen übernommen.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	A20Z, A30: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 HUK-COBURG B501 BE2 PVB	 SIGNAL IDUNA KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	✔ BC 20k, BC 30: Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ A20Z, A30: Keine unüblichen Einschränkungen.	✖ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Von der 31. bis zur 60. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% und für alle weiteren Sitzungen von 30% an.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Keine unüblichen Einschränkungen.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✔ BC 20k, BC 30: Es sind alle 50 Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: 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.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ BC 20k, BC 30: Bei schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse) werden nachgewiesene Fahrtkosten zur ambulanten Heilbehandlung bis zu 50 EUR Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt erstattet.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) erstattungsfähig.	✔ Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse) werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten 80% des versicherten Prozentsatzes).	✔ Transporte zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie sind erstattungsfähig. Werden die Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so wird der Kilometersatz zugrunde gelegt, der in der jeweils gültigen Fassung des Einkommensteuergesetzes geregelt ist. Ebenso werden auf Nachweis des Versicherungsnehmers die Kosten des preisgünstigsten öffentlichen Verkehrsmittels erstattet.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie sind erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✔ BC 20k, BC 30: Bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit werden nachgewiesene Fahrtkosten zur ambulanten Heilbehandlung bis zu 50 EUR Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt erstattet.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig. Hinweis: AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Transportkosten werden auch erstattet, wenn der Transport wegen der Folgen ambulant durchgeführter Operationen medizinisch notwendig ist.	✔ A20Z, A30: Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig. Hinweis: A20Z, A30: Transportkosten werden auch erstattet, wenn der Transport wegen der Folgen ambulant durchgeführter Operationen medizinisch notwendig ist.	✔ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✖ Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, bei Gehunfähigkeit sind die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeigneten Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	✖ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: BC 20k, BC 30: Kosten für einen medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus werden erstattet, wenn eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens benötigt werden.	✖ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✖ A20Z, A30: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✖ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann analog des versicherten Prozentsatzes übernommen.	✖ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✖ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig (nur bei Gehunfähigkeit).
- Ambulante Notfalltransporte?	✔ BC 20k, BC 30: Der Versicherer erstattet Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge zum Arzt oder Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranen-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 HUK-COBURG B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT- B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	✔ BC 20k, BC 30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei- und Verbandsmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr zu 80%, danach zu 100% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. Hinweis: Bei Kindern und Jugendlichen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ohne Selbstbeteiligung erstattet.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Erstattungsfähig sind folgende diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke: - Bilanzierte Diäten zur Behandlung von Krankheiten, wenn ohne diese Präparate schwere gesundheitliche Schäden eintreten, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose - Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten (Trinknahrung) zur enteralen Ernährung - Elementardiäten (Trinknahrung) bei Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres, wenn eine Kuhmilchweißallergie vorliegt oder diese zur diagnostischen Abklärung bei Neurodermitis dienen. Mittel oder Produkte, deren Wirkstoffe hauptsächlich Mikronährstoffe sind und der parenteralen Ernährung dienen, sind ebenfalls erstattungsfähig.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Medikamentenähnliche Nährmittel sind nur im Rahmen enteraler Ernährung erstattungsfähig.	A20Z, A30: Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.	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.	✔ Vitamin-, Nähr- und Stärkungspräparate werden bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zur Vermeidung lebensbedrohlicher schwerer gesundheitlicher Schäden, z.B. Morbus Crohn und Mukoviszidose oder während einer Schwangerschaft gezahlt. Ist auf Grund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich, werden die Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung (enterale Ernährung) und Dauertropfinfusionen (parenterale Ernährung) erstattet.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein, medikamentenähnliche Nährmittel sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Geleistet wird auch für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen, z. B. homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Die ambulante Behandlung in Krankenhaus- und Notfallambulanzen ist erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: 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.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Behandlungen in Krankenhausambulanzen (sowie ambulanten Operationszentren) sind erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	Nein, die Erstattung von Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen ist nicht in den Bedingungen aufgeführt.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Die Kosten für ärztlich verordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) sind erstattungsfähig - maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden übernommen, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung (nach § 36 SGB XI), endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✔ A20Z, A30: Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherer bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	✔ Ja, Aufwendungen für die ärztlich verordnete Behandlungspflege innerhalb Deutschlands werden bei schweren Erkrankungen, die eine 24-stündige Überwachung aufgrund künstlicher Beatmung und eine medizinische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege von medizinisch ausgebildeten Fachkräften erfordern, erstattet, sofern die Behandlungspflege über den Versicherer beschafft wird oder vor Behandlungsbeginn eine Zusage erteilt wurde. Der Versicherer empfiehlt rechtzeitig vor Beginn der Behandlungspflege eine Kontaktaufnahme, um die Kostenübernahme zu klären (andernfalls Reduzierung der Erstattung möglich).	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege (ärztlich angeordnete/von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel)) sind erstattungsfähig.
- Palliativversorgung?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Ambulante Palliativversorgung (gem. § 37 b SGB V) ist erstattungsfähig, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag (nach § 132 d SGB V) verfügen.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus der Pflegeversicherung hinausgehen.	✔ A20Z, A30: Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus der Pflegeversicherung hinausgehen.	✔ Erstattungsfähig sind analog des versicherten Prozentsatzes ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Anspruch auf Erstattung der Leistungen haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet. Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.	✔ Erstattet werden Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), sofern sie über den qualifizierten Dienstleistern. Ohne Einschaltung des Versicherers bzw. bei fehlender Zusage sind die Kosten auf die Höhe begrenzt, die entstanden wären, wenn der Versicherer die SAPV vermittelt hätte. SAPV: Die versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung benötigt eine besonders aufwendige Versorgung. Die SAPV zielt dabei darauf ab, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja. Im Rahmen der Sterbebegleitung werden die Kosten der ambulanten Palliativversorgung erstattet, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen und die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen nicht überschritten werden.
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	✔ BC 20k, BC 30: Bei einer ärztlich verordneten Kur werden ärztliche Leistungen, Arzneimittel sowie Aufwendungen für Heilmittel erstattet, aber keine Unterbringungs- und Verpflegungskosten.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie medizinisch-therapeutische Maßnahmen im Rahmen einer medizinisch notwendigen ambulanten Rehabilitation werden längstens für je 21 Tage erstattet. Diese Leistung kann einmal innerhalb von drei Kalenderjahren nach Vorleistung der Beihilfe in Anspruch genommen werden.	✔ A20Z, A30: Erstattungsfähig sind ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel, wenn sie im Rahmen einer ärztlich verordneten und medizinisch notwendigen ambulanten Kur in Deutschland anfallen. Eine Inanspruchnahme dieser Leistung ist nur alle 3 Jahre möglich. Unterbringungs-, Verpflegungs- und Fahrkosten sowie Kurtaxe werden nicht erstattet.	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✔ Ambulante Kuren und medizinische Rehabilitation in einem anerkannten Heilbad oder Kurort: Erstattet werden Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe bis zur Dauer von 35 Tagen, für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht. Ein erneuter Anspruch entsteht 36 Monate ab Beginn der letzten Kurmaßnahme. Die Erstattung umfasst auch Vater-/Mutter-/Kind-Kuren, sofern für die zu behandelnden Personen jeweils medizinische Notwendigkeit und Versicherungsschutz besteht.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein. Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig; es wird hierfür ein separater Kurtarif angeboten.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✔ BC 20k, BC 30: 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.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ A20Z, A30: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: 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.
Ambulant						
Sonstiges	✔ BC 20k, BC 30: Erstattungsfähig sind auch: - sozialpädiatrische Behandlungen und Frühförderungsbehandlungen in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der PKV oder GKV verfügen (bis zu den Beträgen, die die GKV oder der PKV-Verband mit den Leistungserbringern vereinbart hat) - vom Arzt oder Psychotherapeuten verordnete Sozialtherapie (nach GOÄ oder bis zu den Beträgen, die die GKV oder der PKV-Verband mit dem Leistungserbringer vereinbart hat) - ärztliche verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern und Jugendlichen.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Erstattungsfähig sind auch telemedizinische Beratungen und Behandlungen durch approbierte Ärzte, die für einen auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierten Anbieter tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der GOÄ vorgenommen werden. Voraussetzung ist, dass der Anbieter in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis des Versicherers enthalten ist (wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt).	✔ A20Z, A30: Erstattungsfähig sind auch telemedizinische Beratungen und Behandlungen durch approbierte Ärzte, die für einen auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierten Anbieter tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der GOÄ vorgenommen werden. Voraussetzung ist, dass der Anbieter in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis des Versicherers enthalten ist (wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt).	✔ Erstattet werden auch: - Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Sozialtherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattet werden auch: - Geburtsvorbereitung und Schwangerschaftsgymnastik bei Hebammen und Physiotherapeuten - Gebärdensprachdolmetscher/in bei medizinisch notwendigen Behandlungen - med. Schulungen für chronisch Kranke (insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis) bis insgesamt 500 EUR Rechnungsbetrag innerh. von 3 KJ. - ärztlich verordnete Haushaltshilfen bis 20 EUR Rechnungsbetrag für jeden vollen Kalendertag, um den eine akustationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird, sofern ein minderj. Kind im Haushalt wohnt und für dessen Versorgung kein Angehöriger zur Verfügung steht. Die jeweiligen genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: weitere Leistungen: - Pauschale von 200 EUR, analog dem versicherten Prozentsatz, für ambulante Operationen oder stationärsersetzende Eingriffe gem. § 115 b SGB V - Kostenzuschuss für von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Präventionskurse: 80% der tariflichen Leistung, 1 Kurs p. a. (bestätigte Teilnahmebescheinigung (mind. 80% der Kurseinheiten) erforderlich). Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT- B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	✓ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BErgaenzungsplus: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen	✓ W30, WK20: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	⚠ P2EB 30, P2EZ, P3Z, P3B 30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: BET: Leistungen vorhanden (wenn 2-Bettzimmer mitversichert und in Anspruch genommen), s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen	✓ BW2 50T-U, VisB 50T-U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BWE-U: BWE-U: Erstattungsfähig sind die Differenzkosten zwischen dem 1- und 2-Bettzimmer.	✓ B501: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BE2: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen	✗ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30, KOMFORT_Bplus30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✓ BC 20k, BC 30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ W30, WK20: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ P2EB 30, P2EZ: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. P3Z, P3B 30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ BW2 50T-U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. VisB 50T-U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✓ BC 20k, BC 30: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ PSB30, PSBK: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ P3Z, P3B 30: 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).	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✓ BC 20k, BC 30: Nein. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Ja. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✓ W30, WK20: Ja. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✓ P2EB 30, P2EZ: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✓ BW2 50T-U: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. VisB 50T-U: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen im allgemeinen belegärztlichen Rahmen.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ BC 20k, BC 30: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✓ PSB30, PSBK: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. W30, WK20: Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ P2EB 30, P2EZ: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. P3Z, P3B 30: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✓ BW2 50T-U: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig. VisB 50T-U: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✓ Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✓ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30: Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte sind im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen bis zum 1,8-fachen GOÄ-Satz) erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 BC 20k BC 30 B Ergänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT- B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	 BC 20k, BC 30: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. BErgänzungplus: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 PSB30, PSBK: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. W30, WK20: Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. Teile der Aufwendungen, für die kein Anspruch auf Beihilfe besteht, werden zu 100 % erstattet,	 P2EB 30, P2EZ: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. P3Z, P3B 30: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: BW2 50T-U: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Leistungen vom liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbracht wurden. Der Versicherer erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten, die sich aus der Honorarvereinbarung ergeben. VisB 50T-U: Die Erstattung ist auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	 Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf den allgemeinen belegärztlichen Rahmen begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 PSB30, W30, PSBK, WK20: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ.	 P2EB 30, P3Z, P3B 30: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 BW2 50T-U, VisB 50T-U: 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: BW2 50T-U, VisB 50T-U: 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.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Für geplante Behandlungen im Ausland leistet der Versicherer nur in dem Umfang, der bei einer wohnortnahen medizinischen Behandlung in Deutschland entstanden wäre. Ist eine adäquate Behandlung in Deutschland nicht möglich, leistet der Versicherer auch für gezielt im Ausland durchgeführte Behandlungen in den dort üblichen Kostenrahmen.	 KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30, KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Privatkliniken						
Privatkliniken	 Die Leistung ist vorhanden.		 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 VERBAND DER KRANKENKASSEN BAYERN BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 AXA VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 HUK-COBURG B501 BE2 PVB	 SIGNAL IDUNA KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	✔ BC 20k, BC 30: In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, werden die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie (als allgemeine Krankenhausleistungen) erstattet; Heilmittel werden bis zu den beihilfefähigen Sätzen des Bundes erstattet.	✔ PSB30, PSBK: Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BpflV oder KHEntgG angefallen wäre. W30, WK20: Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen, der von der Beihilfe und der Grundversicherung nur deshalb nicht übernommen wurde, weil das Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet hat. Dieser Teil der Aufwendungen ist zu 100% erstattungsfähig.	P3Z, P3B 30: Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BpflV oder KHEntgG angefallen wäre.	Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BpflV bzw. dem KHEntgG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntgG. (III. Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) wird zugrunde gelegt) Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	Bei Behandlungen in Privatkliniken sind die Kosten nur bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie bei entsprechenden Leistungen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung (z.B. nächstliegende Universitätsklinik) angefallen wären. Sollte die Beihilfe mehr als die Leistungen eines Krankenhauses der Maximalversorgung übernehmen, legt auch der Versicherer den von der Beihilfe anerkannten Betrag zugrunde.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja. Berücksichtigungsfähig zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	✔ BC 20k, BC 30: Es sind keine Wahlleistungen versichert. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Ja. Die Wahlleistungen (gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im 2-Bettzimmer) werden auch in Krankenhäusern erbracht, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.	PSB30, PSBK: Es sind keine Wahlleistungen versichert. W30, WK20: Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß KHEntgG angefallen wäre.	P2EB 30, P2EZ: Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BpflV oder KHEntgG angefallen wäre. P3Z, P3B 30: Es sind keine Wahlleistungen versichert.	BW2 50T-U: Erstattungsfähig sind Unterbringung im 2-Bettzimmer + privatärztliche Behandlung: Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BpflV bzw. dem KHEntgG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntgG. (II. Pflegeklasse (= Differenz allgemeine Krankenhausleistungen - Zusatzkosten 2-Bettzimmer) wird zugrunde gelegt). Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet. VisB 50T-U: Es sind keine Wahlleistungen versichert.	✔ Wahlleistungen (gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer und Privatarzt) sind erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30: Berücksichtigungsfähig zu 100% sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes für die gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer + gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen. KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Es sind keine Wahlleistungen versichert.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 BC 20k BC 30 B Ergänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ BC 20k, BC 30: Der Versicherer erstattet Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge oder die medizinisch notwendige Verlegung zum Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern. Kosten für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen zur Behandlung geeigneten Krankenhaus werden ebenfalls erstattet, wenn dafür eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens benötigt werden. Nachgewiesene Fahrtkosten zur stationären Heilbehandlung werden bis 50 EUR Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt ersetzt - bei ärztlich bescheinigter Krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehfähigkeit sowie bei schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse).	✔ PSB30, PSBK: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ P3Z, P3B 30: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.	✔ Erstattet werden medizinisch notwendige professionelle Kranken- und Rettungstransportkosten zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit des Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✔ BC 20k, BC 30: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Werden keine Wahlleistungen in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR - analog dem versicherten Prozentsatz - gezahlt.	✔ W30, WK20: Verzicht auf Kostenersatzung für das 1- oder 2-Bettzimmer wird der versicherte Prozentsatz von 50 EUR gezahlt. Verzicht auf die privatärztliche Behandlung wird der versicherte Prozentsatz von 30 EUR gezahlt.	✔ P2EB 30, P2EZ: Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung, bessere Unterkunft, sonstige Wahlleistung werden 65 EUR pro Tag analog dem versicherten Prozentsatz gezahlt. P3Z: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. P3B 30: Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.	✔ BW2 50T-U: Bei Unterkunft im Mehrbettzimmer werden 24 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 20 EUR pro Tag - analog dem versicherten Prozentsatz - gezahlt. BWE-U: Bei Wahl eines Zweibettzimmers oder Mehrbettzimmers wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt. VisB 50T-U: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	✔ Bei Verzicht auf die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer werden 20 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Leistungen 30 EUR pro Tag gezahlt - jeweils analog versichertem Prozentsatz.	✔ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30: Bei Verzicht auf die gesondert berechenbare Unterbringung im 2-Bettzimmer werden 20 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 30 EUR pro Tag - jeweils analog versichertem Prozentsatz - gezahlt. KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ BC 20k, BC 30: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	✔ PSB30, PSBK: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt.	✔ P3Z, P3B 30: 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.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 BC 20k BC 30 B Ergänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 HUK-COBURG B501 BE2 PVB	 SIGNAL IDUNA KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	✓ BC 20k, BC 30: Ja. Bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Dies gilt auch dann, wenn die Krankenhäuser zusätzlich Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen anbieten.	✓ PSB30, PSBK: Ja, eine Zusage ist nicht erforderlich, wenn - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern, - eine Notfallanweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte, - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt (nur bei bestimmten Diagnosen), - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.	✓ P3Z, P3B 30: Ja, eine Zusage ist nicht erforderlich, wenn - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern, - eine Notfallanweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte, - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt (nur bei bestimmten Diagnosen), - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.	✓ 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.	✓ Ja, es ist keine Zusage erforderlich: - bei Notfallanweisung - (onkologischer) AHB bei schweren Erkrankungen - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich eine medizinisch notw. Heilbehandlung durchgeführt wird, die einen stationären Aufenthalt erfordert - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notw. stationäre Heilbehandlun erforderte Im Nachhinein wird eine Kostenübernahme für einen medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt geprüft, wenn es versäumt wurde, vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage vom Versicherer einzuholen.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und/oder ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✓ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ PSB30, PSBK: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ P3Z, P3B 30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ BW2 50T-U: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. BWE-U, VisB 50T-U: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✗ Aufwendungen für Psychotherapie werden bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet. Die Zahlung eines Ersatz-Krankenhaustagegelds (bei Verzicht auf Wahlleistungen) ist auf 30 Tage begrenzt. Hinweis: Erfolgt die stationäre Psychotherapie in einer Kooperationsklinik des Versicherten, entfällt die Begrenzung auf 30 Behandlungstage.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbegleitung)?	✓ BC 20k, BC 30: Ja. Erstattet werden Aufwendungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung (auf Basis des § 39 a SGB V) verfügen; Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.	✓ PSB30, PSBK: Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✓ P3Z, P3B 30: Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✓ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig. Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen Hospizaufenthaltes erfolgt eine Leistung in Höhe des tatsächlich für den Zeitraum zu zahlenden Beitrags für die versicherte Person bis zum Ende dieses Hospizaufenthaltes.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, die Kosten der Versorgung in einem stationären Hospiz sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT- B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten - höchstens 11 Jahre alten - Kindes werden gesondert berechenbare Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer Begleitperson erstattet.	✔ W30, WK20: Ja, bis das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet.	P2EB 30, P2EZ, P3Z, P3B 30: "Rooming in" ist nicht versichert.	✔ BW2 50T-U: Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Bundespflegesatzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet. VisB 50T-U: Kosten für eine Begleitperson sind nicht erstattungsfähig.	✔ Ist die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, werden die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (allgemeine Krankenhausleistungen) einer Begleitperson erstattet.	✔  KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Bei Krankenhausaufenthalt eines höchstens 9 Jahre alten und nach diesem Tarif versicherten Kindes sind die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 25 EUR täglich, vorausgesetzt, ein Elternteil ist ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL versichert. Hinweis: KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Unter bestimmten Voraussetzungen werden auch bei Erwachsenen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson erstattet oder eine Haushaltshilfe bezuschusst (max. für 4 Wochen, 10 EUR pro Stunde/80 EUR am Tag).
- Kuren stationär?	✔ BC 20k, BC 30: Bei einer ärztlich verordneten stationären Kur werden ärztliche Leistungen, Arzneimittel sowie Aufwendungen für Heilmittel bis zu den beihilfefähigen Sätzen des Bundes erstattet, nicht jedoch Unterbringungs- und Verpflegungskosten sowie wahlärztliche Leistungen.	✔ PSB30, PSBK: Aufwendungen für stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen oder für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitation werden längstens für je 21 Tage erstattet, maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag: 300 EUR pro Tag. Diese Leistung kann einmal innerhalb von drei Kalenderjahren nach Vorleistung der Beihilfe in Anspruch genommen werden.	✔ P3Z, P3B 30: Aus Tarifen mit Leistungsanspruch für stationäre Krankenhausbehandlung kann bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung ein Kostenzuschuss gewährt werden, wenn der Versicherer diesen vor Kurantritt aufgrund eines ausführenden ärztlichen Attestes zugesagt hat. Ersten Anspruch frühestens nach 3 Jahren, erneuter Anspruch frühestens nach 3 Jahren.	 Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✔ Erstattet werden bei einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. medizinischen Rehabilitation die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie. Die Erstattung umfasst auch Vater/Mutter-Kind-Kuren, sofern für die zu behandelnden Personen jeweils medizinische Notwendigkeit und Versicherungsschutz besteht.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.
Sonstiges	✔ BC 20k, BC 30: Der Versicherer erstattet auch Aufwendungen für - stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist, jedoch keine Unterbringungs- und Verpflegungskosten. Spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung endet die Leistung aus diesem Tarif - ambulante stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus.		Keine Leistung vorhanden.		✔ Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthaltes erfolgt eine Leistung in Höhe des tatsächlich für den Zeitraum zu zahlenden Beitrags für die versicherte Person bis zum Ende dieses Krankenhausaufenthaltes. Für medizinisch notwendige stationäre Aufenthalte im Zusammenhang mit einer Zahnersatz-/Inlaymaßnahme werden die Kosten analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Der Versicherungsnehmer kann für die versicherten Personen beantragen, dass auf die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen sowie auf das Ersatz-Krankenhaustagegeld verzichtet wird. Der Tarifbeitrag ermäßigt sich entsprechend.	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	BC 20k, BC 30: Zahnbehandlung und Prophylaxe (einschl. professioneller Zahnreinigung und Fissurenversiegelungen) werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Zahnbehandlung wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Zahnbehandlung wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Zahnbehandlung (einschl. Prophylaxe (GOZ-Ziffern 1000-1030) + PZR (2x p. a., GOZ-Ziffer 1040)) wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.
Zahnersatz (%)?	BC 20k, BC 30: Zahnersatz wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Zahnersatz wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig. Hinweis: 	Zahnersatz wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Zahnersatz wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet. Verblendungen werden im Frontzahnbereich jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Zahnersatz (einschl. Keramikverblendungen) wird in den ersten beiden Kalenderjahren analog dem versicherten Prozentsatz erstattet. Hinweis: KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ab dem 3. Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. um 10% - minimal auf 80% *, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und steigt um 10% p. a., max. auf 100%*, wenn eine Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss nachweislich vollständig saniert wurde. *ausgehend von 100% der versicherten Tariftstufe
- Kieferorthopädie (%)?	BC 20k, BC 30: Kieferorthopädie wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kieferorthopädie wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Kieferorthopädie wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kieferorthopädie ist zu 80% der versicherten Tariftstufe erstattungsfähig, plus 20% der versicherten Tariftstufe nach erfolgreichem Abschluss.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	 BC 20k, BC 30: Kieferorthopädische Leistungen werden erstattet, wenn die versicherte Person bei Behandlungs- und Versicherungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Hinweis: BC 20k, BC 30: altersunabhängig, wenn die Kieferorthopädie - aufgrund eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalles notwendig ist oder - die Beihilfe Leistungen erbringt.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	 BC 20k, BC 30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	 BC 20k, BC 30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 BC 20k, BC 30: Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ.		 außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Für geplante Behandlungen im Ausland leistet der Versicherer nur in dem Umfang, der bei einer wohnortnahen medizinischen Behandlung in Deutschland entstanden wäre. Ist eine adäquate Behandlung in Deutschland nicht möglich, leistet der Versicherer auch für gezielt im Ausland durchgeführte Behandlungen in den dort üblichen Kostenrahmen.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	 BC 20k, BC 30: 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.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein. Material- und Laborkosten sind bis zur mittleren Preislage erstattungsfähig (entsprechende Beträge teilt der Versicherer auf Anfrage mit).
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	 BC 20k, BC 30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	 Summenbegrenzung für Zahnersatz und Kieferorthopädie: - 480 € jeweils im 1. bzw. 2. Versicherungsjahr, - 960 € jeweils im 3. bzw. 4. Versicherungsjahr, - 1.560 € jeweils im 5. bzw. 6. Versicherungsjahr, unbegrenzt ab dem 7. Versicherungsjahr.	 Summenbegrenzung für Zahnersatz und Kieferorthopädie: Jahreshöchstsatz im 1. und 2. Versicherungsjahr (VJ) jeweils 800 €, Jahreshöchstsatz im 3. und 4. VJ jeweils 1.600 €, Jahreshöchstsatz im 5. und 6. VJ jeweils 2.600 €, unbegrenzt ab dem 7. VJ.	 Die Aufwendungen für Zahnersatz, Funktionsanalytik und Kieferorthopädie sind auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt: - 1.000 EUR in den ersten 24 Monaten - 2.000 EUR in den ersten 48 Monaten	 Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe/PZR, Zahnersatz, Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt: - 750 EUR im ersten Versicherungsjahr - 1.500 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren - 3.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren - 4.500 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren.

Leistungsvergleich Zahn

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ BC 20k, BC 30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines nach Policierung eingetretenen Unfalles erforderlich, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Die Summenbegrenzung entfällt bei einem nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	✔ BC 20k, BC 30: Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers bei Zahnersatzmaßnahmen, Inlays und Kieferorthopädie empfohlen (zusammen mit detaillierter Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors).	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers empfohlen.	✔ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch empfohlen.	Bei Zahnersatzmaßnahmen (prothetische Leistungen einschl. der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen) und Funktionsanalytik > 1.000 EUR sowie bei Implantaten muss vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt und vom Versicherer schriftlich genehmigt werden, ansonsten wird der halbe Erstattungsprozentsatz zugrunde gelegt.	✔ Die rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans sollte erfolgen, damit Auskunft über die zu erwartende Erstattungshöhe erteilt werden kann.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben; wird seitens des Versicherers jedoch bei einem voraussichtliche Rechnungsbetrag von mehr als 1.500 EUR empfohlen (einschl. Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme).
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✔ BC 20k, BC 30: Inlays (Gussfüllungen) & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✖ Erstattungsfähig sind während der gesamten Verweildauer in diesem Tarif zwei Implantate pro Kiefer, wenn sie wie folgt verwendet werden: - zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind - zur Versorgung einer Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen - zur Fixierung einer Totalprothese Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind max. 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	✔ BC 20k, BC 30: Inlays werden wie Zahnbehandlung (und Zahnersatz) erstattet.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	⚠ Inlays werden wie Zahnersatz erstattet. Hinweis: Zur Inlayversorgung zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. Wurzelbehandlung).	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.
Sonstiges	Keine Leistung vorhanden.					Keine Leistung vorhanden.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✓ BC 20k, BC 30: Markteinführung: 01.2019 BErgänzungplus, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Markteinführung: 04.2018	✓ BES, PSB30, W30, PSBK, AZSK (BRE), WK20, AZS 30 (BRE): Markteinführung: 01.2026	✓ Markteinführung: 01.2013	✓ Markteinführung: 01.2024		✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Markteinführung: 03.2021
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✓ BC 20k, BErgänzungplus, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Tarif ist aktuell.	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Tarif ist aktuell.	✓ A20Z, A30: Tarif ist aktuell.	✓ Tarif ist aktuell.		✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Tarif ist aktuell.
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	Keine Leistung vorhanden.					Keine Leistung vorhanden.
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✓ BC 20k, BC 30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ A20Z, A30: 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).	✗ Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (ambulante Operationen: 5 Jahre; HIV-Infektion, Behandlungen wg. unerfülltem Kinderwunsch: unbegrenzt).
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✗ BC 20k, BC 30: Nein, der Abfragezeitraum für (ambulante und stationäre) Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	✗ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	✗ A20Z, A30: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	✗ Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	✗ Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✗ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✓ BC 20k, BC 30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.		✓ P2EB 30, P2EZ: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	BC 20k, BC 30: Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen?" und "(...) oder bestanden darüber hinaus in den letzten drei Jahren Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Krankheits- oder Unfallfolgen (auch wenn sie nicht behandelt wurden)?"	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein. Im Antrag wird gefragt "Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (Fehlstellungen, Fehlbildungen, Körperimplantate) oder Unfallfolgen, die nicht ärztlich oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden?"	A20Z, A30: Nein. Im Antrag wird gefragt "Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (Fehlstellungen, Fehlbildungen, Körperimplantate) oder Unfallfolgen, die nicht ärztlich oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen (...) - auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?"		KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten (...)?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	BC 20k, BC 30: Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.		Angaben/Infos lt. Versicherer nicht erwünscht	✓ bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: Leistungsausschluss	Es liegen keine Informationen vor.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Es gibt ein Bewertungsschema (s. Antrag). - bis 2 fehlende Zähne: pro fehlendem Zahn 5 EUR Beitragszuschlag (multipliziert mit der versicherten Prozentstufe) - ab 5 fehlenden Zähnen: Ablehnung
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	BC 20k, BC 30: Nein. Kinder sind nicht alleine versicherbar.	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kinder sind auch alleine versicherbar.	✓ A20Z, A30: Kinder sind auch alleine versicherbar.	✓ Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.	✓ Kinder sind erst ab dem 6. Lebensjahr alleine versicherbar.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Kinder sind ab Alter 4 alleine versicherbar.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 HUK-COBURG B501 BE2 PVB	 SIGNAL IDUNA KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	BC 20k, BC 30: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.		A20Z, A30: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						
Höhe garantierte BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?		✓ AZSK (BRE): Die Höhe der Pauschalerstattung für ein volles Kalenderjahr beträgt je versicherter Person: 240 EUR AZS 30 (BRE): Die Höhe der Pauschalerstattung für ein volles Kalenderjahr beträgt je versicherter Person: 360 EUR				
Höhe garantierte BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?		AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Bis Alter 19 wird keine Pauschalleistung gezahlt.				
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	BC 20k, BC 30: Höhe der BRE ab 2024 (Auszahlung 2025 ff.) - 2 MB für 1-2 leistungsfreie Jahre - 2,5 MB für 3 leistungsfreie Jahre - 3 MB für 4 leistungsfreie Jahre - 3,5 MB für 5 und mehr leistungsfreie Jahre	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): s. nächsten Leistungseintrag	A20Z, A30: s. nächsten Leistungseintrag	s. nächsten Leistungseintrag	 Die BRE beträgt bei Leistungsfreiheit ab Vertragsbeginn 4 MB. nach Unterbrechung der Leistungsfreiheit: - 2 MB bei 1 leistungsfreien Kalenderjahr (Kj.) - 4 MB ab 2 leistungsfreien Kj. Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Die BRE beträgt 2 MB ab 1 leistungsfreien Jahr.
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	BC 20k, BC 30: gleiche BRE wie Erwachsene				gleiche BRE wie Erwachsene	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: bis Alter 19: hälftige BRE
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Keine Leistung vorhanden.	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Die BRE beträgt 200 EUR für ein leistungsfreies* Kalenderjahr, 300 EUR nach 2 Jahren, 400 EUR nach 3 Jahren, 500 EUR nach 4 Jahren (* im ambulanten und zahnärztlichen Bereich). Max. werden 50% des Jahresbeitrages zurückerstattet.	✓ A20Z, A30: Die BRE beträgt 200 EUR für ein leistungsfreies* Kalenderjahr, 300 EUR nach 2 Jahren, 400 EUR nach 3 Jahren, 500 EUR nach 4 Jahren (* im ambulanten und zahnärztlichen Bereich). Max. werden 50% des Jahresbeitrages zurückerstattet.	✓  BRE ab Alter 20: 500 EUR ab 1 leistungsfreien Jahr.  jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR Fitness: 50 EUR Hinweis: zzgl. evtl. Verhaltensboni, s. Textübersicht		Keine Leistung vorhanden.
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?		✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): bis Alter 19: hälftige BRE	✓ bis Alter 19: hälftige BRE	✓ bis Alter 19: 250 EUR ab 1 leistungsfreien Jahr		
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	✓ BC 20k, BC 30: Ja. Vorsorgeuntersuchungen (GOÄ-Ziffern 23–29, 4851) und zahnärztliche Leistungen (GOZ-Ziffern 0010, 1000-1040, 2000, 4050-4060) sind BRE-unschädlich.	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Vorsorgeuntersuchungen und eine professionelle Zahnreinigung pro Versicherungsjahr beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: A20Z, A30: Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Vorsorge-Schecks (alle 2 Jahre) sind BRE-unschädlich.	✓ Ja. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich.	✓ Ja. (Zahn-)Vorsorgeuntersuchungen und professionelle Zahnreinigung sind BRE-unschädlich. Die genaue Vorsorgeuntersuchung muss vom Arzt auf der Rechnung vermerkt sein.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Schutzimpfungen (GOÄ-Ziffern 375-378) sind BRE-unschädlich.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein.	A20Z, A30: Nein.	✔ Ja. Im Tarif genannte Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich.	✔ Ja.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein.
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	BC 20k, BC 30: Nein.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein.	A20Z, A30: Nein.	Nein.	Nein.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein.
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigen Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	✔ BC 20k, BC 30: Ja.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein.	A20Z, A30: Nein.	✔ Ja.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: 4 MB bei Leistungsfreiheit im Beginnjahr und im Folgejahr	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja.
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	BC 20k, BC 30: Nein.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nein.	A20Z, A30: Nein.	Nein.	Nein.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein.
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔ BC 20k, BC 30: Während der ersten 12 Monate eines Aufenthalts außerhalb Europas besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Dauert der Aufenthalt länger, kann der Versicherungsschutz - ggf. gegen Beitragszuschlag - verlängert werden. Zu Europa zählen auch der asiatische Teil der Türkei, Kasachstans und Russlands sowie die außereuropäischen Gebiete europäischer Länder. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Der Versicherungsschutz ist zeitlich nicht begrenzt. Hinweis: AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.	✔ A20Z, A30: Der Versicherungsschutz ist zeitlich nicht begrenzt. Hinweis: A20Z, A30: Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.	✔ 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.	✖ Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu 2 Monaten) im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz längstens bis zur Transportfähigkeit der versicherten Person. Dauert der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland über 2 Monate an, kann der Versicherungsnehmer die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung vereinbaren. Es kann dann ein angemessener Beitragszuschlag verlangt oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes befristet werden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✔ BC 20k, BC 30: Bei Auslandsaufenthalten werden - unabhängig von der versicherten Tarifrstufe - 100% der Kosten erstattet für: - medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte (einschl. mitreisender Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist); es muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen, - die Bestattung am Sterbeort oder - Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz.	✖ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig, kann jedoch über Tarif BET versichert werden.	✖ A20Z, A30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig, kann jedoch über Tarif BET versichert werden.	✔ 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.	✖ Der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✖ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Der medizinisch notwendige Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/ des EWR wird der Vertrag fortgeführt. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Bei vorübergehendem Aufenthalt der versicherten Person im europäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gegen Beitragszuschlag vereinbart werden.	✔ A20Z, A30: Bei vorübergehendem Aufenthalt der versicherten Person im europäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gegen Beitragszuschlag vereinbart werden.	✔ Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes besteht Versicherungsschutz nach den im Aufenthaltsland üblichen Kostenrahmen. Für Leistungen, die tarifgemäß nur in Deutschland erstattet werden, erfolgt eine Erstattung im Ausland begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland erstattet worden wären, sofern die Behandlung im Ausland nach deutschem Recht zulässig ist.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb der EU/des EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/ des EWR endet der Vertrag fortgeführt. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Bei vorübergehendem Aufenthalt der versicherten Person im europäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gegen Beitragszuschlag vereinbart werden.	✔ A20Z, A30: Bei vorübergehendem Aufenthalt der versicherten Person im europäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gegen Beitragszuschlag vereinbart werden.	✔ Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlängerung möglich.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes besteht Versicherungsschutz nach den im Aufenthaltsland üblichen Kostenrahmen. Für Leistungen, die tarifgemäß nur in Deutschland erstattet werden, erfolgt eine Erstattung im Ausland begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland erstattet worden wären, sofern die Behandlung im Ausland nach deutschem Recht zulässig ist.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb der EU/des EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	✔ BC 20k, BC 30: Abmeldung des Wohnsitzes in Deutschland und Wegzug Bei Verlegung des Wohnsitzes außerhalb der EU/des EWR endet das Versicherungsverhältnis, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde. Der Versicherungsnehmer (VN) - hat das Recht auf Fortsetzung in Form einer Anwartschaft. - kann die Fortsetzung für max. 5 Jahre - innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung - beantragen; der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme, ggf. gegen Beitragszuschlag. Nach Ablauf der Vereinbarung (max. 5 Jahre) kann der VN bei weiterem vorübergehendem Auslandsaufenthalt erneut die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses beantragen.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in Anwartschaft verlangt werden.	A20Z, A30: Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in 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 kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung ist die Umwandlung in eine Anwartschaft möglich.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Der Versicherer verpflichtet sich, eine Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU/des EWR beantragt wird. Diese anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Bei nur vorübergehender Verlegung (bis zu einer Dauer von 12 Monaten) besteht das Recht auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung.
Optionsrecht auf Höherversicherung						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	✔ BC 20k, BC 30: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✖ A20Z, A30: Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✖ Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	 BC 20k, BC 30: Zu Beginn des 5. Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn im Tarif BeihilfeCOMFORT besteht das Recht, zum Grundtarif passende beihilfekonforme Ergänzungstarife hinzuzusichern.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Für jede versicherte Person gibt es im 4., 6. oder 8. Versicherungsjahr (ab Beginn der Vollversicherung) einmalig die Möglichkeit, unter erleichterten Bedingungen in einen höherwertigen Tarif der HanseMerkur zu wechseln – vorausgesetzt, der Versicherungsschutz lief durchgehend und die Versicherungsfähigkeit im neuen Tarif ist gegeben. - Wechsel im 4. Jahr: keine neue Gesundheitsprüfung, keine neuen Risikozuschläge wegen später aufgetretener Krankheiten; Zuschläge/Einschränkungen nur, wenn sie schon bisher bestanden. - Wechsel im 6. oder 8. Jahr: für Mehrleistungen kann bei erhöhtem Risiko ein Zuschlag verlangt werden; dieser ist begrenzt auf 50 % (6. Jahr) bzw. 100 % (8. Jahr) des Beitragsanteils der Mehrleistung. Bestehende Risikozuschläge werden bei der Umstellung nach den Regeln der MB/KK 2009 angepasst.		 Neben der Möglichkeit, zu bestimmten Anlässen (z.B. erste Verbeamtung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.	 Keine Leistung vorhanden.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Neben der Möglichkeit zu bestimmten Anlässen das Optionsrecht wahrzunehmen, kann die Option nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif KOMFORT-B+, ausgeübt werden.
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	 BC 20k, BC 30: Optionsrecht auf Hinzusicherung zum Grundtarif passender beihilfekonformer Ergänzungstarife bei: – Ernennung zum Beamten auf Probe – Geburt oder Adoption eines Kindes – Heirat. Die Hinzusicherung ist innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des Ereignisses (entsprechender Nachweis erforderlich) zu beantragen.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten.		 Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit - Einmalig bei Eheschließung (in diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes (1x pro Kind) - Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe	 Keine Leistung vorhanden.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, es besteht ein anlassbezogenes Optionsrecht. Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit. Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst und vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	 BC 20k, BC 30: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Bei Umstellung im 6. bzw. 8. Versicherungsjahr kann für hinzukommende Teile des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) ein Risikozuschlag für neu festgestellte Diagnosen von max. 50% bzw. 100% des auf die Mehrleistung entfallenden Beitragsanteils erhoben werden. Hinweis: AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Bei Umstellung im 4. Versicherungsjahr wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und auf Risikozuschläge aufgrund zwischenzeitlich neu aufgetretener Krankheiten verzichtet.		 Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	 Keine Leistung vorhanden.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	✔ BC 20k, BC 30: Es können beihilfekonforme Ergänzungsbausteine hinzuversichert werden.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.		✔ Es kann sowohl die Umstellung in einen Tarif mit umfassenderen Leistungen als auch der Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und/oder der Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist, verlangt werden. Hinweis: Diese Option gilt nicht für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt.	Keine Leistung vorhanden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	✔ BC 20k, BC 30: Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kinder, die über die Kindernachversicherung versichert wurden, dürfen zu erleichterten Bedingungen nur in Tarife wechseln, die nicht höherwertiger sind als der Versicherungsschutz eines Elternteils. Zusätzlich zu den regulären Umstellungsterminen ist ein Wechsel auch gleichzeitig mit der Optionsausübung eines Elternteils möglich – dann zählt die Versicherungsdauer des Elternteils.	✖	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.	✖ Keine Leistung vorhanden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	✔ BC 20k, BC 30: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	✖	✔ 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.	✖ Keine Leistung vorhanden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: 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?	✔ BC 20k, BC 30: Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✖	✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✖ Keine Leistung vorhanden.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	✓ BC 20k, BC 30: Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) oder medizinische Rehabilitation im Umfang der Nummern B.1 (allgemeine Krankenhausleistungen) und B.2 (Belegärzte). Wird die AHB oder medizinische Rehabilitation ambulant durchgeführt, erstattet der Versicherer anstelle der allgemeinen Krankenhausleistungen den Tagessatz der Einrichtung, in der die Behandlung durchgeführt wird. Als medizinische Rehabilitation gelten nicht Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, wie z. B. Klima-Kuren oder Mutter-Kind-Kuren. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Bei Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitation werden mit dem vereinbarten Prozentsatz folgende Wahlleistungen erstattet: – gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und – gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer (...). Die Leistungen werden auch in Krankenhäusern erbracht, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): zu § 4 (5) MB/KK 2009: b) Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 werden Leistungen für dort beschriebene Krankenanstalten auch ohne vorherige Zusage des Versicherers in vertraglichem Umfang erbracht, (...) 3. wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von 2 Wochen nach der stat. Akutbehandlung angetreten wurde und kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, können die in Tarifbedingung b) Nummer 3 zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Leistungen unter den dort genannten Voraussetzungen auch amb. oder teilstat. erbracht werden. Zusätzlich werden amb. Rehabilitationsmaßnahmen bei einer Polyneuropathie, einer Multiplen Sklerose und Gefäßoperationen tariflich erstattet. Leistungen anderer Kostenträger, die zunächst in Anspruch zu nehmen sind, werden bei allen Rehabilitationsmaßnahmen in Abzug gebracht. Besteht eine medizinische Notwendigkeit für einen Transport, werden die hierdurch entstehenden Kosten für eine amb. oder teilstat. Rehabilitation im tariflichen Umfang bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 1.000 EUR anerkannt; bei stat. Reha-Maßnahmen sind diese Aufwendungen auf den Betrag beschränkt, der für die Fahrt in die nächstgelegene geeignete Einrichtung und zurück anfällt.	✓ P2EB 30, P2EZ, P3Z, P3B 30: s. ambulanten Tarif bzw. Kompaktarif. A20Z, A30: zu § 4 (5) MB/KK 2009: b) Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 werden Leistungen für dort beschriebene Krankenanstalten auch ohne vorherige Zusage des Versicherers in vertraglichem Umfang erbracht, (...) 3. wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von 2 Wochen nach der stat. Akutbehandlung angetreten wurde und die aufgrund einer der folgenden Indikationen medizinisch notwendig war: Bypass-OP am Herzen, akuter Herzinfarkt, OP am offenen Herzen, Wirbelsäulen-OP, Schlaganfall, Gelenkersatz mit Knie- oder Hüftgelenksprothesen, Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen oder bösartige Neubildung (AHB nach OP, Chemotherapie bzw. Strahlentherapie), sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.	✓ BW2 50T-U: s. stationären Grundtarif bzw. Kompaktarif (Anschlussheilbehandlung/AHB (stationär)) und zusätzlich: Teil III: In Erweiterung von Nr. 27 TB 2012 sind bei AHB auch das gesondert berechenbare 2-Bettzimmer sowie wahlärztliche Leistungen erstattungsfähig." VisB 50T-U: Nr. 27 TB 2012 (Teil II) - AHB (stat.) Eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung im Anschluss an die stat. Behandlung wird bei nachstehenden Diagnosen/Behandlungen ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 4 Wochen (in medizinisch begründeten Einzelfällen ggf. auch später) nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt: Herztransplantation, 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 (hiermit ist nicht der Dienstherr als Beihilfeträger gemeint) nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt.	✓ Erstattet werden bei: - medizinischer Rehabilitation ohne anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung/ Sachleistung: ärztl. Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie, Kurtaxe (bei Pauschalabrechnung Tagegeld von 50 EUR (zum versicherten Prozentsatz)) - bis zu 35 Tage; erneuter Anspruch 36 Monate nach Beginn der letzten Maßnahme, unabhängig von deren Zielrichtung. Keine Erstattung von Unterkunfts- und Verpflegungskosten. - ambulanter (AHB) innerhalb von 28 Tagen (aus medizinischen Gründen ggf. auch später) nach einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer ambulanten OP: ärztliche Behandlung, physikalische Therapie - bis zu 35 Tage. - stationärer AHB (und bei onkologischer AHB im Anschluss an onkologische Akutbehandlung (innerhalb der 3 Folgejahre je eine p. a.)); allgemeine Krankenhausleistungen, Transportkosten, Wahlleistungen oder Ersatz-Krankenhaustagegeld, sofern die Maßnahme in Deutschland innerhalb von 28 Tagen (aus medizinischen Gründen ggf. auch später) nach einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt wird (bei Durchführung in Kooperationsklinik des Versicherers: zusätzliches Krankenhaustagegeld von 10 EUR zum versicherten Prozentsatz). Besteht Anspruch auf Kostenerstattung/Sachleistung (z. B. aus der gesetzlichen Rentenversicherung), ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.	✓ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30, KOMFORT_Bplus30: § 5 Einschränkung der Leistungspflicht Teil I MB/KK (1) Keine Leistungspflicht besteht d) für Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30: (5) Abweichend von § 5 Abs. 1d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung (AHB)) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die AHB innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die Anschlussheilbehandlung der Akutaufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird. Die Anschlussheilbehandlung kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden. KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: (5) Abweichend von § 5 Abs. 1d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung (AHB)) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die AHB innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die AHB der Akutaufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird. Die AHB kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 HUK-COBURG B501 BE2 PVB	 SIGNAL IDUNA KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
			Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, können die in Tarifbedingung b) Nummer 3 zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Leistungen unter den dort genannten Voraussetzungen auch amb. oder teilstat. erbracht werden. Zusätzlich werden amb. Rehabilitationsmaßnahmen bei einer Polyneuropathie, einer Multiplen Sklerose und Gefäßoperationen tariflich erstattet. Leistungen anderer Kostenträger, die zunächst in Anspruch zu nehmen sind, werden bei allen Rehabilitationsmaßnahmen in Abzug gebracht. Besteht eine medizinische Notwendigkeit für einen Transport, werden die hierdurch entstehenden Kosten für eine amb. oder teilstat. Rehabilitation im tariflichen Umfang bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000 EUR anerkannt; bei stat. Reha-Maßnahmen sind diese Aufwendungen auf den Betrag beschränkt, der für die Fahrt in die nächstgelegene geeignete Einrichtung und zurück anfällt.	AHB (amb.) Anstelle einer stat. AHB ist eine amb. Reha-Maßnahme (ärztl. Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung) erstattungsfähig, vorausgesetzt, die amb. Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes und es besteht dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehaträger (nicht Dienstherr als Beihilfeträger). Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.	Unter einer medizinischen Rehabilitation sind alle Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit bzw. der Erwerbsfähigkeit, insbesondere ambulante und stationäre Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder Kurort (Sanatorium) in Deutschland zu verstehen. Eine medizinische Rehabilitation liegt dann vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht und mit ärztlicher Betreuung nach einem bestimmten Plan aufgrund gemachter Erfahrungen natürliche und ortsgebundene Mittel angewendet werden, um die Gesundheit zu fördern.	
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	✔ BC 20k, BC 30: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Ja. Besteht auch ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so erstattet der Versicherer die Leistungen, die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehen und notwendig sind (§ 6 (2) e) AVB/VV, Teil I).	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	P2EB 30, P2EZ: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. A20Z, A30: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant P3Z, P3B 30: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	⚠ BW2 50T-U: Werden Leistungen nicht durch den gesetzlichen Rehabilitationsträger (hiermit ist nicht der Dienstherr als Beihilfeträger gemeint) übernommen, obwohl der Kostenübernahmeantrag fristgerecht gestellt wurde, besteht ein Erstattungsanspruch. VisB 50T-U: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	⚠ Bei einer stationären AHB ist der Versicherer für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	⚠ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30: Die Einschränkung der Leistungspflicht (nach § 5 (1) d)) entfällt. KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. Hinweis: KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Leistung vorhanden, s. o. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ P2EB 30, P2EZ, P3Z, P3B 30: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant A20Z, A30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BW2 50T-U: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant VisB 50T-U: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30, KOMFORT_Bplus30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ PSB30, PSBK: Aufwendungen für eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) werden nach Vorleistung der Beihilfe erstattet, solange eine Kostenbeteiligung der Beihilfe erfolgt. Die Begrenzungen des ersten Satzes gelten für Anschlussheilbehandlungen nicht. Die Einschränkung aus Tarifbedingung b) Punkt 3 zu § 4 (5) MB/KK 2009 auf spezielle Diagnosen findet keine Anwendung. AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ P2EB 30, P2EZ, P3Z, P3B 30: Ja. Leistung vorhanden, s. o. A20Z, A30: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ BW2 50T-U, VisB 50T-U: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30, KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	✔ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Aufwendungen für eine medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB) werden nach Vorleistung der Beihilfe ebenfalls längstens für je 21 Tage erstattet. Die Einschränkung auf spezielle Diagnosen aus Satz 1 und 2 der Tarifbedingung a) zu § 5 (1) d und e MB/KK 2009 in Verbindung mit Punkt 3. der Tarifbedingung b) zu § 4 (5) MB/KK 2009 findet keine Anwendung.	✖ P2EB 30, P2EZ, P3Z, P3B 30: Nein. Teilstationäre und stationäre AHB (in "gemischten Krankenanstalten") sind nur bei bestimmten Diagnosen erstattungsfähig. A20Z, A30: Nein. Ambulante AHB sind nur bei bestimmten Diagnosen erstattungsfähig.	✖ BW2 50T-U: Nein. Stationäre AHB sind nur bei bestimmten Diagnosen/Behandlungen erstattungsfähig. VisB 50T-U: Nein. stationäre AHB: nur bei bestimmten Diagnosen/Behandlungen ambulante AHB, bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).	✖ Nein. Bei ambulanter AHB werden nur ärztliche Behandlung und physikalische Therapie erstattet.	✔ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30, KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Leistung vorhanden, s. o. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ P2EB 30, P2EZ, P3Z, P3B 30: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant A20Z, A30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BW2 50T-U: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant VisB 50T-U: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✖ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30, KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ PSB30, PSBK: Aufwendungen für stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen oder für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitation werden längstens für je 21 Tage erstattet und sind begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von maximal 300 EUR pro Tag. Diese Leistung kann einmal innerhalb von drei Kalenderjahren nach Vorleistung der Beihilfe in Anspruch genommen werden. AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✖ P2EB 30, P2EZ, P3Z, P3B 30: Nein. Keine Leistung vorhanden. A20Z, A30: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✖ BW2 50T-U, VisB 50T-U: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✖ KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30, KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein. Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 HUK-COBURG B501 BE2 PVB	 SIGNAL IDUNA KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	 BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	P2EB 30, P2EZ: s. ambulanten Tarif bzw. Kompakttarif. A20Z, A30: Nein. Ambulante Reha-Maßnahmen sind nur bei bestimmten Diagnosen erstattungsfähig. P3Z, P3B 30: s. ambulanter Tarif bzw. Kompakttarif.	BW2 50T-U: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert. VisB 50T-U: Nein. Erstattet werden nur ambulante AHB/ ambulante Reha-Maßnahmen (bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).	Nein. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden nicht erstattet; bei Pauschalabrechnung wird nur ein Tagegeld gezahlt.	KOMFORT_B_Wplus20V, KOMFORT_B_Wplus30, KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/ mind. 3 Maßnahmen?	 BC 20k, BC 30: Erstattungsfähig sind - während der gesamten Vertragslaufzeit - max. 3 ambulante oder stationäre Entwöhnungs-/ Entziehungsmaßnahmen. Die Behandlungen müssen in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungskonzept verfügen. Bei stationärer Behandlung werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen ersetzt.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ambulant: Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% des tariflichen Leistungsanspruchs für ärztliche, psychotherapeutische und medikamentöse Kosten von zwei, max. jeweils 6 Monate dauernden, Entwöhnungsbehandlungen bei stoffgebundener Abhängigkeit (keine Nikotinsucht), soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet.	A20Z, A30: Ambulant: Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% des tariflichen Leistungsanspruchs für ärztliche, psychotherapeutische und medikamentöse Kosten von zwei, max. jeweils 6 Monate dauernden, Entwöhnungsbehandlungen bei stoffgebundener Abhängigkeit (keine Nikotinsucht), soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet. P3Z, P3B 30: Stationär: Erstattet werden nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% der allgemeinen Krankenhausleistungen für eine max. 6-wöchige Entwöhnungsbehandlung bei stoffgebundener Abhängigkeit (keine Nikotinsucht) in einem entsprechend qualifizierten Krankenhaus, das von der GKV dafür zugelassen ist, im tariflichen Umfang, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht und bisher noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgt ist (auch nicht durch Finanzierung eines anderen Kostenträgers).	Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80% des versicherten Prozentsatzes, sofern - der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um 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).	 Es werden während des gesamten Versicherungsverlaufs insgesamt max. 3 stationäre/ambulante medizinisch notwendige Entziehungsmaßnahmen für stoffliche (z. B. Alkohol oder Drogen; keine Nikotinsucht) und nichtstoffliche Süchte (z. B. Spielsucht) tarifgemäß erstattet, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, die Maßnahmen in einer Kooperationsklinik durchgeführt werden und eine vorherige Leistungszusage erteilt wurde. Findet die Behandlung in einer anderen als der Kooperationsklinik statt, werden die Kosten übernommen, die in der Kooperationsklinik angefallen wären. Hinweis: Bei ambulanter Behandlung erfolgt die Kostenerstattung bis max. 70% der tariflichen Leistung, die bei stationärer Behandlung in einer Kooperationsklinik angefallen wären.	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Bei der ersten Entziehungsmaßnahme (ausgenommen Nikotinsucht), für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, wird ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	✓ BC 20k, BC 30: Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) sind erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn (d. h. vor Beginn der Hormonstimulation des ersten Behandlungszyklus) schriftlich zugesagt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn - eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vorliegt, - nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen wird, - noch kein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt wurde, - die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet haben, - es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15%) handelt und die Behandlung nach deutschem Recht erfolgt. Ein Leistungsanspruch besteht für höchstens 3 Inseminationen und 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI). Ein möglicher Erstattungsanspruch für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger wird angerechnet.	✓ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.	✓ A20Z, A30: In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.	✓ Künstliche Befruchtung ist analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht. 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 intrazytoplasmatischen 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.	✓ Erstattet werden Aufwendungen einer Kinderwunschbehandlung/künstlichen Befruchtung (nach deutschem Recht), sofern - die Behandlung bei verheirateten/in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren (auch eingetragene Lebenspartnerschaft) erfolgt, - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht, - die Frau zum Zeitpunkt der Behandlung das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. 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 intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF. Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Leistungsanspruch, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.	✓ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Medizinisch notwendige künstliche Befruchtung (max. 3 Versuche) wird erstattet, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist, - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	BC 20k, BC 30: Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	A20Z, A30: Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	Keine Leistung vorhanden.	✓  Zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe) wird eine einmalige Pauschale von 250 EUR pro ambulanter Entbindung gezahlt. Hinweis: Pauschale bei ambulanter Entbindung	KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VER S I C H E R U N G S K A M M E R B A Y E R N BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 AXA VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 HUK-COBURG B501 BE2 PVB	 SIGNAL IDUNA KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT- B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	  BC 20k, BC 30: Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)* sind mitversichert; sie - müssen durch einen jeweils approbierten Arzt, psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sein - müssen im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (www.BfArM.de) aufgeführt sein - werden bis zur Vergütungshöhe, die der Anbieter von einer deutschen GKV (gem. § 134 SGB V) verlangen kann, berücksichtigt (= max. erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) - werden je Verordnung für max. 3 Monate erstattet - sind auch erstattungsfähig, wenn der Versicherer mit dem DiGA-Anbieter für sie einen Versorgungsvertrag geschlossen hat; Erstattung richtet sich nach dem dort vereinbarten Preis. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Kostenersatzes die DiGA auch selbst zur Verfügung zu stellen. Der Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten des Erwerbs der Nutzungsrechte an der Software (keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb von Hardware einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten). * Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz, die mittels digitaler Technologien die Gesundheit der versicherten Person fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten unterstützen Hinweis: BC 20k, BC 30: DiGA für den ambulanten Bereich!	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Digitale Gesundheitsanwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie als Medizinprodukt mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung klassifiziert sind und im Kern digital funktionieren. Sie müssen der Gesundheitsförderung oder der Erkennung, Überwachung bzw. Behandlung von Krankheiten/Verletzungen dienen. Erstattung gibt es, wenn sie entweder - im DiGA-Verzeichnis (§ 139e SGB V) stehen und ärztlich verordnet wurden, oder - per vorheriger Kostenzusage anerkannt wurden, oder - vom Versicherer über Kooperationen bereitgestellt werden. Zusätzlich: Verordnung nur durch die in Tarifbedingung e) zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Behandelnden. Der Versicherer kann die Erstattung auf eine medizinisch sinnvolle Nutzungsdauer begrenzen. Erstattet wird nur bis zu den dort genannten Höchstätzen.	 A20Z, A30: Ersetzt werden digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), wenn - sie im Verzeichnis nach § 139e SGB V enthalten sind und ärztlich verordnet wurden oder - vorab zugesagt wurden oder - vom Versicherer selbst zur Verfügung gestellt werden; - bis zur Höhe, die zwischen Anbieter und PKV-Verband (bzw. GKV) oder - vorangig - zwischen Anbieter und Versicherer vereinbart wurde (anderweitige - vom Versicherer zugesagte - DiGA gem. Rechnungsstellung). * müssen als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung klassifiziert sein und ihre Hauptfunktion muss wesentlich auf digitalen Technologien beruhen; sie müssen dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder im Rahmen ihrer Versorgung durch Leistungserbringer die Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten oder Verletzungen zu unterstützen. DiGA müssen von den in den Tarifbedingungen genannten Behandelnden verordnet werden. Der Versicherer behält sich vor, die Kostenersatzung auf eine medizinisch sinnvolle Nutzungszeit zu begrenzen. nicht erstattungsfähig: Kosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA entstehen, wie Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.	 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 (ambulant und Zahn) zugerechnet, für die sie verordnet wurden. Umfang/Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen. Keine Erstattungspflicht für Aufwendungen, die durch den Gebrauch von DiGA entstehen (z. B. Anschaffungskosten für Smartphone/PC, Stromkosten, Batterien).	  Erstattet werden im Versicherungsfall Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), vorausgesetzt, die DiGA(,) sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen worden - die nicht im o. g. Verzeichnis gelistet sind, werden vom Versicherer in einer eigenen Liste als erstattungsfähig geführt - wurden von einem Arzt oder Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz verordnet. - Erstattung bis zu den Kosten für die Standardversion, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht erweiterte Version notwendig (muss schriftlich/elektronisch begründet sein), und je Verordnung für max. 12 Monate (danach erneute Verordnung erforderlich) - Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software - Versicherer ist berechtigt, die DiGA anstelle des Aufwendungsersatzes auch selbst zur Verfügung zu stellen - nicht erstattungsfähig: Kosten, die für die Nutzung der DiGA eingesetzt werden (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien) * Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten 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 Hinweis: DiGA für den ambulanten Bereich!	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)*, die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte enthalten sind und - von einem in den Bedingungen genannten Behandelnden oder einem Psychotherapeuten indikationsbezogen verordnet wurden (Erstverordnung ist vorzulegen; für Folgeverordnungen gleicher DiGA wird nur nach vorheriger Zusage in Textform geleistet) oder - der Versicherer vor Beginn der Anwendung eine Zusage in Textform erteilt hat, bis zu den im o. g. Verzeichnis aufgeführten Preisen. Das Vorliegen der medizinischen Indikation, für die die DiGA bestimmt ist, ist immer nachzuweisen. * = Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensation von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Nicht erstattungsfähig: Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom und Batterien).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neubeschluss?	✔ BC 20k, BC 30: Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Die allgemeine Wartezeit entfällt (bei Unfällen und zusätzlich) bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: COVID-19, Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber. Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz (Zahnprothetik, Stützähne, Brücken, Überkronungen sowie Implantate) und Kieferorthopädie verkürzt sich auf 6 Monate.	A20Z, A30: Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Die allgemeine Wartezeit entfällt (bei Unfällen und zusätzlich) bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: COVID-19, Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber. Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz (Zahnprothetik, Stützähne, Brücken, Überkronungen sowie Implantate) und Kieferorthopädie verkürzt sich auf 6 Monate.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ BC 20k, BC 30: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, sind vor der Geburt entstandene körperliche oder geistige Schädigungen und Erkrankungen in den Versicherungsschutz eingeschlossen.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): 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.	✔ A20Z, A30: 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.	✔ 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.	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ BC 20k, BC 30: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist bei Eintritt der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der GKV vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ A20Z, A30: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: 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)?	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Wird die versicherte Person im Ausland durch Kriegereignisse oder innere Unruhen überrascht und hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet rechtzeitig zu verlassen, bleibt die Leistungspflicht bestehen. Für Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die durch terroristische Anschläge verursacht werden, wird grundsätzlich geleistet.	✔ AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ja, Leistungspflicht besteht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht sind, sofern das auswärtige Amt nicht bereits vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Für anerkannte, nach Versicherungsbeginn eingetretene Wehrdienstbeschädigungen (§§ 80 ff. Soldatenversorgungsgesetz) und deren Folgen besteht Anspruch auf die tariflichen Leistungen für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld bleiben von der Vorleistung durch die gesetzliche Heilfürsorge unberührt.	✔ A20Z, A30: Ja, Leistungspflicht besteht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht sind, sofern das auswärtige Amt nicht bereits vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Für anerkannte, nach Versicherungsbeginn eingetretene Wehrdienstbeschädigungen (§§ 80 ff. Soldatenversorgungsgesetz) und deren Folgen besteht Anspruch auf die tariflichen Leistungen für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld bleiben von der Vorleistung durch die gesetzliche Heilfürsorge unberührt.	✔ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse 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 Kriegereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).	✔ Leistungspflicht besteht auch für durch Kriegereignisse (hierzu zählen keine terroristischen Anschläge) verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen von Unfällen und für Todesfälle, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen (auch im Rahmen eines Freiwilligendienstes) und deren Folgen, die erstmalig nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird geleistet (unter Anrechnung der gesetzlichen Leistungen (z. B. Unfallversicherung, Rentenversicherung)).	✔ KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Leistungspflicht besteht für durch Kriegereignisse verursachte Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist (und generell für terroristische Anschläge und deren Folgen). Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet (unter Anrechnung der gesetzlichen Leistungen, z. B. aus Unfallversicherung, Rentenversicherung).

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	 BC 20k, BC 30: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	 AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	 A20Z, A30: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.
Sonstiges	Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: AZSK (BRE), AZS 30 (BRE): Ab dem 2. Monat nach Versicherungsbeginn bis zum 30.06. des 2. Versicherungsjahres erhält jede versicherte Person ab Alter 20 einen 10%-Gesundheitsrabatt, wenn sie die Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt. Der Check muss spätestens 6 Wochen nach Policierung durchgeführt werden; Kriterien und Unterlagen stellt der Versicherer. Zum Ablauf des Rabatts kann er jeweils um 12 Monate verlängert werden, wenn die Kriterien weiterhin erfüllt sind und der Check bis zum Ablaufdatum erneut durchgeführt wird.	Keine Leistung vorhanden.	 Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungserbringern, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten. Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz. Hinweis: Raucherzuschlag: 17% des Tarifbeitrages. Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200 EUR übersteigen. Erreichen die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.		 KOMFORT_Bplus20V, KOMFORT_Bplus30: Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.
Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)						
Beihilfe - Restkosten	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Beihilfenergänzung - allgemeine Tarif-/Erstattungshinweise des Versicherers	✔ Der Versicherer erstattet die Aufwendungen, die unter Anrechnung der Beihilfeansprüche und der Versicherungsleistungen nach dem Tarif BeihilfeCOMFORT ("Grundabsicherung") und BeihilfeKlinikPlus verbleiben. Voraussetzung ist, dass der Beihilfebemessungssatz und die prozentuale Absicherung der Grundabsicherung 100% betragen. Ist dies nicht der Fall, erfolgt die Erstattung aus diesem Tarif nur insoweit, als die Grundabsicherung mit dem erforderlichen Erstattungsprozentsatz bestehen würde.	✔ Es muss ein beihilfekonformer Versicherungsschutz ("Grundabsicherung") abgeschlossen sein (beihilfekonform = Erstattungsprozentsatz des Versicherungsschutzes und der Beihilfebemessungssatz betragen zusammen in der Regel 100%). Voraussetzung für eine Leistung nach diesem Tarif ist, dass die Leistungen der Beihilfe und der Grundabsicherung in Anspruch genommen werden (Beihilfebescheid ist vorzulegen). Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der Grundabsicherung und der Beihilfe die angefallenen Kosten nicht überschreiten.	✔ Es muss ein beihilfekonformer Versicherungsschutz ("Grundabsicherung") abgeschlossen sein (beihilfekonform = Erstattungsprozentsatz des Versicherungsschutzes und der Beihilfebemessungssatz betragen zusammen in der Regel 100%). Voraussetzung für eine Leistung nach diesem Tarif ist, dass die Leistungen der Beihilfe und der Grundabsicherung in Anspruch genommen werden (Beihilfebescheid ist vorzulegen). Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der Grundabsicherung und der Beihilfe die angefallenen Kosten nicht überschreiten.	✔ Übernommen werden verbleibende Kosten, wenn die tatsächlichen Beihilfeleistungen geringer sind als der Betrag, der sich aus der Anwendung des persönlichen Beihilfebemessungssatzes auf den beihilfefähigen Erstattungsbetrag ergibt. Der Tarif ergänzt weiterhin den Leistungsumfang der Hauptversicherung (= Grundabsicherung: Grundtarif VisB-U + stationäre Wahlleistungstarife BW2-U, BWE-U). Etwaige Beihilfeansprüche sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und dafür notwendige Genehmigungsprozesse der Beihilfe einzuhalten. Es gelten die in der Grundabsicherung genannten Leistungsvoraussetzungen, der dort beschriebene Leistungsumfang, mögliche Höchstgrenzen und evtl. Leistungsausschlüsse. Der Versicherer ersetzt verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen nach Anrechnung evtl. Ansprüche aus der jeweils zum Behandlungszeitpunkt geltenden Beihilferegelung und von Versicherungsleistungen aus der Grundabsicherung. Einige Leistungen setzen keine Erstattungsfähigkeit in der Grundabsicherung voraus (s. nachfolgende Leistungspunkte).	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Anrechnung von Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und nach Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte ("Grundabsicherung") ersetzt. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit der Erstattung der Beihilfe und den Leistungen der Grundabsicherung 100% der Aufwendungen nicht überschreiten; andernfalls mindert sich der Anspruch auf die tarifliche Leistung aus diesem Tarif entsprechend.	✔ Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife ("Grundabsicherung") für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als „100“ betragen. Die Höhe der tariflichen Leistung (für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung) wird aus den in den Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht. Für Tarifstufe KOMFORT-B-E1 50 gilt ein Erstattungsprozentsatz von 50. Leistungen für Heilbehandlungen bei Auslandsreisen werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100% erbracht.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Bietet der Beihilfeergänzungstarif Versicherungsschutz für akut auftretende Fälle während einer Auslandsreise? (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	✔ Bei Reisen ins Ausland - bis zu einer max. Dauer von 56 Tagen - werden die nach der Grundabsicherung erstattungsfähigen Aufwendungen unter Anrechnung der Leistungen aus der Grundabsicherung und eventueller Leistungen der Beihilfe erstattet. Die Erstattung erfolgt zu ortsüblichen Preisen. Es gelten die Summenbegrenzungen und Erstattungsgrundsätze der Grundabsicherung. Nicht erstattet werden Aufwendungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen und Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung.	✔ Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland während maximal 6-wöchiger Reisen wird zu 100% erstattet. Erstattet werden ferner 100 % – der Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen).	✔ Erstattet werden - zu 100% - Heilbehandlungen während maximal 6-wöchiger Reisen (keine Wartezeiten).	✔ Der Versicherungsschutz bei Reisen ins Ausland gilt jeweils für die ersten 56 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen (gilt auch, wenn bei Stationierung der versicherten Person im Ausland von dort aus eine Urlaubsreise angetreten wird). Erstattet werden im Ausland entstandene, verbliebene Aufwendungen für unvorhersehbar eintretende Versicherungsfälle für: - ärztliche Behandlung einschl. Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert - Arznei- und Verbandmittel - Heilmittel (ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms) - erstmals erforderliche Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung - Röntgen-, Strahlenbehandlung und Diagnostik - Krankenhausbehandlung - Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus - schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (kein Zahnersatz, keine Inlays/Onlays, keine KFO). Diese Leistungen setzen keine Erstattungsfähigkeit im Grundtarif voraus. Leistungsausschlüsse sind den Bedingungen zu entnehmen.	✔ Versicherungsschutz besteht weltweit (bis zu 2 Monaten) für Versicherungsfälle, die während der versicherten Reise im Ausland eintreten.	✔ Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu 8 Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100%.
Sieht der Beihilfeergänzungstarif Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport / Überführung im Todesfall vor?	Leistungen werden aus dem Grundtarif erstattet - zu 100%.	✔ Erstattet werden ferner 100 % – der über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport; – der Überführungskosten nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise; – der Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären. Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.	✔ Erstattet werden 100% der - Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport - Überführungskosten - Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.	✔ Erstattet werden - Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport; unter Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen - Kosten für die Überführung an den letzten Wohnsitz oder die Bestattung am Aufenthaltsort im Ausland bis max. 10.000 EUR. Diese Leistungen setzen keine Erstattungsfähigkeit im Grundtarif voraus.	✔ Erstattet werden 100% - für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport, sofern der Versicherer die Organisation übernimmt - der Überführungskosten oder Bestattungskosten im Ausland, bis 10.000 EUR.	✔ Erstattungsfähig zu 100% sind: - medizinisch sinnvolle und vertretbare Krankenrücktransporte - Überführungskosten oder Kosten für die Bestattung am Sterbeort, bis zu 11.000 EUR (entsprechende Kostenbelege und amtliche Sterbeurkunde müssen vorgelegt werden).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Erstattet der Beihilfergänzungstarif Heilpraktikerkosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/des GebÜH?	✔ Erstattet werden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bis zu den Höchstsätzen des GebÜH einschl. Arznei- und Verbandmittel. Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem GebÜH und darüber hinaus sonstige von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind. Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.	✔ Es werden die folgenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker erstattet. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführt sind, sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.	✔ Aufwendungen des Heilpraktikers im Rahmen des GebÜH sowie die von ihm verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel werden zu 100% erstattet. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht im GebÜH aufgeführt sind, sind im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses erstattungsfähig - bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. § 4 (6) MB/KK 2009 (Beschränkung auf Methoden/Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind bzw. die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) findet keine Anwendung.	✔ Behandlungen durch Heilpraktiker werden erstattet.	✔ Erstattet werden Heilpraktikerleistungen im Rahmen des GebÜH sowie die verordneten Arzneimittel bis 500 EUR p. a.	✔ Behandlungen durch Heilpraktiker sind erstattungsfähig. Berücksichtigungsfähig sind die Kosten im Rahmen des GebÜH für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100% bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR p. a. Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.
Sind nicht beihilfefähige Hilfsmittel u./o. Hilfsmittel ohne Begrenzung auf beihilfefähige Höhe aus dem Beihilfergänzungstarif erstattungsfähig?	✔ Erstattet werden beihilfefähige Hilfsmittel (Hörgeräte bis max. 1.500 EUR je Ohr).	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.	✔ Hilfsmittel werden erstattet.	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.
Sind Kosten für Sehhilfen aus dem Beihilfergänzungstarif erstattungsfähig?	✔ Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) werden bis zu 100 EUR Euro innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattet.	✔ Sehhilfen: Erstattung bis 600 € je 24 Monate. Laser-Sehkorrektur (z. B. LASIK): Erstattung bis 2.000 € je 60 Monate; in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn jedoch nur bis 600 €.	✔ Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) werden zu 100% bis 180 EUR erstattet; erneuter Anspruch nach Ablauf von 24 Monaten.	✔ Hilfsmittel werden erstattet.	✔ Aufwendungen für medizinisch notwendige Sehhilfen und/oder eine Korrektur der Sehschärfe mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operation) sowie Kunstlinsen-Operation sind bis zu 300 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig (bei Nutzung eines Kooperationspartners Erhöhung auf 400 EUR).	✔ Sehhilfen (Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen) sind erstattungsfähig. Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen (300 EUR ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien), 1x innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehkraft um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.
Sind Kosten für Schutzimpfungen aus dem Beihilfergänzungstarif erstattungsfähig?	✔ Erstattet werden Reiseschutzimpfungen und Malariprophylaxe einschl. der erforderlichen Arzneimittel.	✔ Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor privaten Auslandsreisen werden bis zu 105 EUR pro Versicherungsjahr erstattet. Hierzu gehören Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Weiterhin fallen unter den Versicherungsschutz Immunglobuline (z. B. Beriglobin, Endobulin, Gammagard, Gammaglobin, Gammabulin, Gamma-Venin), die vor Auslandsreisen zur Prophylaxe gegen Infektionen verordnet werden.	✔ Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor privaten Auslandsreisen werden zu 100% bis 105 EUR pro Versicherungsjahr erstattet (keine Wartezeiten). Hierzu gehören Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis sowie Immunglobuline, die vor Auslandsreisen zur Prophylaxe gegen Infektionen verordnet werden.	✔ Erstattet werden - Schutzimpfungen - Reiseimpfungen im Rahmen beruflicher und privater Auslandsreisen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts.	✔ Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes - bis insgesamt (inkl. Präventionskurse, s. Leistungspunkt "Sonstiges") 100 EUR p. a.	✔ Vorbeugende Schutzimpfungen im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland sind inkl. Impfstoff erstattungsfähig. Berücksichtigungsfähig sind die entstandenen Aufwendungen zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Sind Kosten für ambulante Kuren aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig? (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	✔ Bei einer ärztlich verordneten Kur wird ein Kurtagegeld von 40 EUR gezahlt - für max. 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren.	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.	✔ Tatsächlich durchgeführte ambulante Kuren werden bis 2.000 EUR analog des versicherten ambulanten Prozentsatzes des Grundtarifes erstattet; Erstattungsfähigkeit im Grundtarif ist keine Leistungsvoraussetzung. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn insbesondere die Genehmigung der geplanten Maßnahme durch die Beihilfe nachgewiesen wird. Eine Erstattung ist nicht möglich für Maßnahmen, für die bereits ein Erstattungsanspruch aus dem Grundtarif besteht (beispielsweise bei Anschlussheilbehandlung).	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.
Sind Differenzkosten für das 1-Bettzimmer aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig?	✔ Erstattet werden die Differenzkosten zwischen dem 1- und 2-Bettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Entbindung, Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitation. Wird die Wahlleistung 1-Bettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR gezahlt.	Keine Leistungen.	⚠ Die Differenzkosten zwischen den Wahlleistungen gesondert berechenbare Unterkunft im 1- und 2-Bettzimmer (gem. § 16 BPIV bzw. § 17 KHEntgG) werden zu 100% erstattet. Verzichtet ein nach Tarif P2EB Versicherter auf Leistungen für das 1-Bettzimmer gem. BET oder sind generell keine Wahlleistungen versichert, wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 5 EUR gezahlt. Hinweis: Erstattung erfolgt nur, wenn Tarif P2EB besteht und Leistungen für die bessere Unterkunft aus diesem Tarif in Anspruch genommen werden.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: über BWE-U versicherbar	✔ Erstattet werden die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für die Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen für das 1- und 2-Bettzimmer zu 100%.	Keine Leistungen.
Sind Kosten für die Überschreitung des GOÄ-Höchsatzes bei stationären Behandlungen aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig?	✔ Erstattet werden gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Entbindung, Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitation, sofern die Leistungen nicht bereits nach der Grundabsicherung und dem Tarif BeihilfeKlinikPlus erstattet werden - über die in der GOÄ festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.	✖ Keine Leistungen.	✖ Keine Leistungen.	✖ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: im BW2 xx-U mitversichert	✖ Keine Leistungen.	✖ Keine Leistungen.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	 AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	 A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	 VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	 B501 BE2 PVB	 KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Sind Kosten für stationäre Kuren aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig? (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	✔ Bei einer ärztlich verordneten Kur wird ein Kurtagegeld von 40 EUR gezahlt - für max. 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren.	Keine Leistungen.	✔ Für medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt in ärztlich geleiteten Sanatorien, Kurkliniken oder "gemischten Krankenanstalten" wird ein Kurtagegeld von 21 EUR gezahlt - für längstens 42 Tage; erneuter Leistungsanspruch nach Ablauf von 36 Monaten. Die Kur- oder Sanatoriumsbehandlung ist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen.	✔ Tatsächlich durchgeführte stationäre Kuren werden bis 4.000 EUR analog des versicherten stationären Prozentsatzes des Grundtarifes erstattet; Erstattungsfähigkeit im Grundtarif ist keine Leistungsvoraussetzung. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn insbesondere die Genehmigung der geplanten Maßnahme durch die Beihilfe nachgewiesen wird. Eine Erstattung ist nicht möglich für Maßnahmen, für die bereits ein Erstattungsanspruch aus dem Grundtarif besteht (beispielsweise bei Anschlussheilbehandlung).	✔ Zahlung eines Kurtagegeldes von 15 EUR für medizinisch notwendigen und ärztlich verordnete Kur- und Sanatoriumsaufenthalt innerhalb Deutschlands - für längstens 35 Tage; erneuter Leistungsanspruch nach Ablauf von 36 Monaten.	Keine Leistungen.
Sind Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig?	✔  Erstattet werden gesondert berechenbare zahntechnische Auslagen, Material- und Laborkosten. Hinweis: Erstattungshöchstbeträge: - 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren (entfällt für unfallbedingte Maßnahmen) - 6.000 EUR p. a. ab dem 3. Kalenderjahr.	✔ Erstattet werden Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen prothetischen Leistungen (u. a. Brücken, Kronen, Einlagefüllungen, Implantate), nur wenn sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers stehen und innerhalb der dortigen Höchstbeträge abgerechnet werden. Das Verzeichnis kann zugunsten der Versicherten angepasst werden (mit Treuhänderprüfung). Jahreshöchstbeträge je Person: (ausgenommen bei Unfall) - 1.–3. Versicherungsjahr: jeweils 520 € - ab 4. Versicherungsjahr: jeweils 4.100 €	✔  Erstattet werden - zu 100% - Material- und Laborkosten bei einer zahnärztlichen Behandlung für prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen, Einlagefüllungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und Implantaten, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Hinweis: Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - im 1. bis 3. Versicherungsjahr jeweils 520 EUR - ab dem 4. Versicherungsjahr jeweils 4.100 EUR. Ist der Zahnersatz wegen eines nach Policierung eingetretenen Unfalles erforderlich, entfallen die Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.	✔ Erstattet werden zahnärztliche Honorare und Material- und Laborkosten für - Zahnbehandlungen und Zahnprophylaxe - Zahnersatz - Implantate* sowie - Material- und Laborkosten für Kieferorthopädie * bis zu 4 Implantate pro Kiefer, soweit noch keine Implantatversorgung besteht; bereits vorhandene Implantate werden hierbei angerechnet. Begrenzung entfällt bei den Diagnosen, die in der jeweils aktuellen Bundesbeihilfeverordnung genannt werden Die Erstattungsfähigkeit von Material- und Laborkosten richtet sich nach den in der Sachkostenliste II genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen.	✔  Erstattet werden bei Zahnersatz (prothetische, implantologische, augmentative Leistungen, Versorgung mit Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen) und Inlays sowie Verblendungen bis Zahn 5 die verbleibenden Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Material- und Laborkosten zu 100%; es wird das Preis-/Leistungsverzeichnis des Versicherers für zahntechnische Leistungen zugrunde gelegt. Hinweis: Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 1.000 EUR im 1. Versicherungsjahr (VJ) - 1.500 EUR in den ersten VJ - 2.000 EUR in den ersten 3 VJ - 6.000 EUR ab dem 4. VJ je VJ.	✔  Erstattungsfähig sind Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Labor- und Materialkosten bis zur mittleren Preislage bei der Versorgung mit Zahnersatz, Einzelkronen und Einlagefüllungen. Berücksichtigungsfähig sind im 1. und 2. Kalenderjahr 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages (jährliche zahnärztliche Kontrolluntersuchung erforderlich zur Beibehaltung des Erstattungssatzes (analog Grundabsicherung)). Hinweis: Es gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge: - 750 EUR im 1. Versicherungsjahr (VJ) - 1.500 EUR in den ersten beiden VJ - 3.000 EUR in den ersten 3 VJ - 4.500 EUR in den ersten 4 VJ - 5.000 EUR vom 5. bis 9. VJ je VJ. Begrenzung entfällt für Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Leistungsvergleich Sonstiges

	VER SICHER KAMMER BAYERN UNGS BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	HanseMerkur AZS 30 (BRE) AZSK (BRE) BES PSB30 PSBK20 W30 WK20 PVB	HanseMerkur A20Z A30 P2EB/30 P2EZ P3B/30 P3Z ZA50 BET PVB	AXA VisB 50T-U BN VisB-U BW2 50T-U BWE-U PVB	HUK HUK-COBURG B501 BE2 PVB	SIGNAL IDUNA KOMFORT-B+ 20V KOMFORT-B+ 30 KOMFORT-B-E1 50 KOMFORT-B-W+ 20V KOMFORT-B-W+ 30 PVB
Monatsbeitrag:	395,84 €	300,75 €	316,62 €	310,29 €	305,02 €	324,52 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	80 %	69 %	74 %	68 %	74 %
Beihilfeergänzung - Sonstiges	✓ Erstattet werden auch: - vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel - ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschl. Arznei- und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen (bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen) - ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte bis zu 100 EUR p. a., sofern sie nicht bereits aus der Grundabsicherung erstattet werden. Soweit Beihilfevorschriften oder die Grundabsicherung Selbstbeteiligungen (z. B. als absoluter Selbstbehalt, Eigenbehalte, Kostendämpfungspauschale, Abzugsbeträge bezeichnet) vorsehen, gehören diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen und sind nicht erstattungsfähig. ✓ Erstattungsfähig zu 100% sind auch: - ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heil- und Arzneimittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses für Therapierichtungen der Biologischen Medizin (bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen); § 4 (6) MB/KK 2009 findet keine Anwendung - bis zu einer Höhe von 31 EUR täglich der für einen Elternteil zusätzlich entstehenden Unterbringungs- und Verpflegungskosten für versicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, die durch den Elternteil während des Krankenhausaufenthaltes stationär begleitet werden. ✓ weitere Leistungen: - Vorsorgeuntersuchungen - operative Sehschärfenkorrektur - Sozialpädiatrie / Frühförderung - Transporte zum/vom Krankenhaus bei Unfall/Notfall, wenn Beihilfe erhöhten stationären Bemessungssatz vorsieht, dieser aber bei Transporten zur stationären Behandlung nicht zur Anwendung kommt - DiGA im Rahmen ambulanter und zahnärztlicher Behandlung - Rooming-in (Erstattung aus dem Ergänzungstarif des Kindes, bis Alter 13) - 2 zertifizierte Präventionskurse (200 EUR p. a., bei unterjährigem Beginn anteilig); Erstattungsfähigkeit im Grundtarif ist keine Leistungsvoraussetzung. Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen. Abschluss im Rahmen der Umwandlungsoptionsrechte des Tarife VisB-U möglich (es darf während gesamter Vertragsdauer kein anderer Beihilfeergänzungstarif bestanden haben). ✓ Aus diesem Tarif werden die zuvor genannten Leistungen erstattet. Weitere in den Beihilfevorschriften vorgesehene Kürzungen z. B. Kostendämpfungspauschalen, Selbstbehalte usw. zählen nicht zu den tariflichen Leistungen. Zahlung eines Krankenhaustagegeldes von 15 EUR (bei psychotherapeutischen Behandlungen für max. 30 Behandlungstage p. a.); keine Zahlung für Entziehungsmaßnahmen. Erstattungsfähig sind auch: - die von der Beihilfe einbehaltenen Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten, bis zu insgesamt 400 EUR p. a. - Fahrten (auch im privaten Kfz oder mit dem preisgünstigsten öffentlichen Verkehrsmittel) bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus - p. a. 2 Präventionskurse aus unterschiedlichen Bereichen (bis max. 100 EUR p. a. (inkl. Auslandsschutzimpfungen)); Teilnahmenachweis erforderlich. ✓ Keine Wartezeiten.					