

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Frau Beamtin

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

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

Angaben zur Person

Vorname: Frau
Nachname: Beamtin
Geburtsdatum: 14.02.1985
Geschlecht: Frau
Berufsgruppe: Beamte/r
Status: Versicherungsnehmer
Beihilfesatz: 50 %
Beihilfeträger: Bund

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.01.2020
Tarifgebiet: West
Tarifarten: Krankenvollversicherung

Vorgeschlagene Tarife

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

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
LVM	AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	251,93 €
Huk-Coburg	B501 * PVB	241,24 €
Concordia	BV20 BV30 PVB	245,18 €

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.

LVM		Huk-Coburg		Concordia	
AB20E	43,58 €	B501*	201,44 €	BV20	67,67 €
<p>Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20%. Der Tarif endet mit Eintritt des Versorgungsfalles, spätestens jedoch mit Vollendung des 67. Lebensjahres.</p> <p>AVB/B (Teil I - Musterbedingungen, Teil II - Tarifbedingungen, Teil III - Tarif AB): Stand 09.2016</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>		<p>Tarife für Beihilfeberechtigte (Tarifbausteine 201 und 301)</p> <p>50% Erstattung für</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Behandlung - stationäre Regelleistungen - Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie. <p>Bei Eintritt des Versorgungsfalles Umstellung in B 30 o. B2 30 (falls keine 70% vorgesehen sind, ist von vorneherein B 50 oder B2 50 zu versichern)</p> <p>(BW = Verbeamtung vor 2013)</p> <p>Tarifstand: 01.03.2017</p>		<p>Kompakttarif für Beihilfeberechtigte</p> <p>amb., stat. (2-Bettzimmer, Privatarzt) + Zahn.</p> <p>Versicherter Prozentsatz: 20%</p> <p>AVB: Teil I (MB/KK 2013) + Teil II (TB/KK)_KVu-400-2017-01, Teil III (Tarif BV)_KVu 460 7.2014</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>	
AB30	79,98 €			BV30	142,11 €
<p>Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30%.</p> <p>AVB/B (Teil I - Musterbedingungen, Teil II - Tarifbedingungen, Teil III - Tarif AB): Stand 09.2016</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>				<p>Kompakttarif für Beihilfeberechtigte</p> <p>amb., stat. (2-Bettzimmer, Privatarzt) + Zahn.</p> <p>Versicherter Prozentsatz: 30%</p> <p>AVB: Teil I (MB/KK 2013) + Teil II (TB/KK)_KVu-400-2017-01, Teil III (Tarif BV)_KVu 460 7.2014</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>	
SB2/20E	20,26 €				
<p>Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte: Erstattung der Regel- und Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Privatarzt). Versicherter Prozentsatz: 20%</p> <p>AVB/B (Teil I - Musterbedingungen, Teil II - Tarifbedingungen, Teil III - Tarif SB): Stand 09.2016</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>					
SB2/30	45,79 €				
<p>Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte: Erstattung der Regel- und Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Privatarzt). Versicherter Prozentsatz: 30%</p> <p>AVB/B (Teil I - Musterbedingungen, Teil II - Tarifbedingungen, Teil III - Tarif SB): Stand 09.2016</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>					
ZB20E	10,61 €				
<p>Zahntarif für Beihilfeberechtigte: Versicherter Prozentsatz: 20%</p> <p>Der Tarif endet mit Eintritt des Versorgungsfalles, spätestens jedoch mit Vollendung des 67. Lebensjahres.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2020</p>					

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

LVM		Huk-Coburg		Concordia	
ZB30	17,40 €				
Zahntarif für Beihilfeberechtigte: Versicherter Prozentsatz: 30%					
Tarifstand: 01.01.2020					
Gesetzlicher Zuschlag:	14,32 €	Gesetzlicher Zuschlag:	20,14 €	Gesetzlicher Zuschlag:	14,21 €
PVB	19,99 €	PVB	19,66 €	PVB	21,19 €
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.	
Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020	
Gesamtbeitrag mtl.:	251,93 €		241,24 €		245,18 €
Arbeitnehmeranteil mtl.:	0,00 €		0,00 €		0,00 €
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	251,93 €		241,24 €		245,18 €

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

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.

	LVM				Huk-Coburg	Concordia	
	AB20E	AB30	SB2/20E	SB2/30 ZB20E	B501 * PVB	BV20	BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €				241,24 €	245,18 €	
Selbstbehalt p.a.:	251,93 €				241,24 €	245,18 €	
SB Art *:							
Arbeitnehmeranteil:							
Effektivbeitrag **::	251,93 €				241,24 €	245,18 €	
Erfüllungsgrad	80 %				74 %	77 %	
Kundenwünsche:	80 %				74 %	77 %	
GOÄ/GOZ							
Ambulant							
Vorsorge							
Heilpraktiker							
Psychotherapie							
Heil- und Hilfsmittel							
Stationär							
	2-Bettzimmer Wahlarzt				keine Wahlleistungen	2-Bettzimmer Wahlarzt	
Zahn							
Zahnbehandlung	50 %				50 %	50 %	
Zahnersatz	50 %				50 %	50 %	
Kieferorthopädie	50 %				50 %	50 %	

Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang




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












































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

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

Erläuterung zur Darstellung:

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

	Kundenwunsch	LVM			Huk-Coburg	Concordia
		AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB			B501* PVB	BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:		251,93 €			241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %			74 %	77 %
Selbstbeteiligung						
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		0,00 €			0,00 €	0,00 €
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		0,00 €			0,00 €	0,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)						
- SB prozentual (bzw. keine SB)						
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)						
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet						
Haus-/Primärarztprinzip						
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip						
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?						
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung						
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland						
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte						
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €						
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ... %		50 %			50 %	50 %
Gebührenordnung ambulant						
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)						
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		 				
		Hinweis: AB30, AB20E: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Aufwendungen dem Grunde und der Höhe nach beihilfefähig sind. Die Beihilfe leistet im Regelfall jedoch nicht über die Höchstsätze hinaus.				

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	LVM	Huk-Coburg	Concordia
		AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	B501* PVB	BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:		251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	74 %	77 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung				
			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.	Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, 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 eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.
Heilpraktiker				
Heilpraktiker				
		Hinweis: AB30, AB20E: Erstattet werden die beihilfefähigen Aufwendungen - sie bestimmen sich dem Grunde (und der Höhe) nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfevorschriften in der jeweils gültigen Fassung.		
- xx % Erstattung		50 %	50 %	50 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
- mind. bis Höchstsatz Gebüh				
		Hinweis: AB30, AB20E: Erstattet werden die beihilfefähigen Aufwendungen - sie bestimmen sich (dem Grunde und) der Höhe nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfevorschriften in der jeweils gültigen Fassung.		
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebüH hinaus)				
		Hinweis: AB30, AB20E: Osteopathische Behandlungen durch Heilpraktiker (und Ärzte) sind erstattungsfähig.		
- alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte				
		Hinweis: AB30, AB20E: Osteopathische Behandlungen durch Ärzte (und Heilpraktiker) sind erstattungsfähig.		
Vorsorge				
- über gesetzliche Programme				
- Schutzimpfungen				
Heilmittel				
Definition Heilmittelkatalog				
- Erstattung in %		50 %	50 %	50 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	LVM				Huk-Coburg	Concordia		
		AB20E	AB30	SB2/20E	SB2/30	ZB20E	B501* PVB		BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:		251,93 €				241,24 €	245,18 €		
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %				74 %	77 %		
- keine pauschalen Beschränkungen									
- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verz., Beihilfesätze, angemessene Preise o. ä.	 								
- Logopädie durch Logopäden									
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten									
Hilfsmittel									
Definition Hilfsmittelkatalog									
- Erstattung in %		50 %				50 %	50 %		
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €				0,00 €	0,00 €		
						Hinweis: Der Eigenanteil für Hilfsmittel, bei denen Höchstrechnungsbeträge vorgesehen sind, ist nicht in der Höhe begrenzt.			
- offener Hilfsmittelkatalog									
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel									
- keine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung	 								
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis									
- Atemmonitor (Heimgerät)									
- Herzmonitor (Heimgerät)									
- Beatmungsgerät (Heimgerät)						 			
						Hinweis: Beatmungsgeräte (Schlafapnoe-Geräte (z.B. CPAP-/BiPAP-/Bilevel-Geräte)) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.250 EUR erstattungsfähig.			
- Heimdialysegerät									
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung	 								
- Hör-/Sprechgeräte						 			
						Hinweis: Hörhilfen (Hörgeräte apparativ einschließlich dazugehöriger Ohranpassstücke) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Hörhilfe erstattungsfähig, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.			

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	LVM	Huk-Coburg	Concordia
		AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	B501* PVB	BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:		251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	74 %	77 %
- Orthopädische Schuhe				
		Hinweis: AB30, AB20E: Für orthopädische Schuhe werden die Kosten erstattet, soweit sie die Kosten für normale Schuhe überschreiten (beim Versicherer kann erfragt werden, welche Kosten bei orthopädischen Schuhen zzt. für normale Schuhe abgezogen werden können).	Hinweis: Orthopädische Schuhe sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	
- Blindenhund o. Blindenleitgerät				
- Blindenlese-/Vorlesegerät				
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung				
- Prothesen				
			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.	
- Kunstaugen				
- Orthesen				
Sehhilfen				
- Erstattung xx €		0,00 €	300,00 €	unbegrenzt
		Hinweis: AB30, AB20E: Sehhilfen sind analog den Beihilfavorschriften erstattungsfähig (für Brillengestelle werden die Kosten erstattet, soweit es sich um allgemein gebräuchliche Ausführungen handelt (die Höhe des berücksichtigungsfähigen Rechnungsbetrages kann beim Versicherer erfragt werden)). INFO: Die Beihilfefähigkeit von Sehhilfen wurde mit der Änderung der Beihilfavorschriften zum 01.01.2004 stark eingeschränkt. Seitdem sind Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen für Personen über 18 Jahren - in Anlehnung an die Änderungen in der GKV - nur noch bei Vorliegen besonders schwerwiegender medizinischer Indikationen beihilfefähig. Quelle: Bundesamt für zentrale Dienste u. offene Vermögensfragen, Stand 05.2008 Aufwendungen für die Korrektur einer Fehlsichtigkeit (wie z. B. eine LASIK-Operation) sind erstattungsfähig.	Hinweis: Aufwendungen für eine Korrektur der Sehschärfe mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operation oder Kunstlinsen-Operation) werden bis 500 EUR (250 EUR pro Auge) erstattet.	Hinweis: BV20, BV30: Grundtarif: Brillen und Kontaktlinsen werden bis 170 EUR analog des versicherten Prozentsatzes, darüber hinaus zu 50% des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- Anspruch mind. alle 24 Monate				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	LVM				Huk-Coburg	Concordia		
		AB20E	AB30	SB2/20E	SB2/30	ZB20E	B501* PVB	BV20	BV30
Monatsbeitrag:		251,93 €				241,24 €	245,18 €		
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %				74 %	77 %		
Psychotherapie									
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	✔	50 ✘				unbegrenzt	unbegrenzt ⚠		
		Hinweis: BV20, BV30: Ab der 51. Sitzung ist eine vorherige Zusage erforderlich, s. auch Leistungspunkt "mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage".							
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)	✔	✔				✔	✔		
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte	✔	✔				✔	✔ ⚠		
		Hinweis: BV20, BV30: Leistungen über die Höchstsätze werden nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.							
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage	✔	✔				✔	✔		
Ambulant									
Ambulante Transporte		✔				✔	✔		
Ambulante Transporte									
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✔	✔				✔	✘		
- bei Gehunfähigkeit	✔	✘				✘	✘		
- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)	✔	✘				✘	✘		
- ambulante Notfalltransporte	✔	✔				✔	✔		
Arznei-/Verbandmittel									
- ohne zusätzliche SB	✔	✔				✔	✔		
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel (über enteral/parenteral hinaus)	✔	✘				✔	✔		
sonstiges									
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✔	✔				✔	✔		
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✔	✔				✔	✔		
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)		✔				✔	✔		
Kurleistung ambulant									
Kurleistung ambulant						✔			
- Verzicht auf Kurortklausel	✔	✔				✔	✔		
Ambulant									
sonstiges		✔				✔	✔		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	LVM	Huk-Coburg	Concordia
		AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	B501* PVB	BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:		251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	74 %	77 %
Stationär				
1-Bettzimmer				
2-Bettzimmer				
		Hinweis: SB2 30, SB2 20E: Bei Anschlussheilbehandlungen ist die Erstattung auf die Allgemeinen Krankenhausleistungen beschränkt.		
Mehrbettzimmer				
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)				
		Hinweis: SB2 30, SB2 20E: Bei Anschlussheilbehandlungen ist die Erstattung auf die Allgemeinen Krankenhausleistungen beschränkt.		
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten				
Gebührenordnung Stationär				
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)				
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)				
		Hinweis: SB2 30, SB2 20E: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Aufwendungen dem Grunde und der Höhe nach beihilfefähig sind. Die Beihilfe leistet im Regelfall jedoch nicht über die Höchstsätze hinaus.		
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung				
		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.		Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, 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 eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.
Privatkliniken				
Privatkliniken				
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntgG/ BpflV				
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	LVM				Huk-Coburg	Concordia	
		AB20E	AB30	SB2/20E	SB2/30	ZB20E	B501* PVB	BV20
Monatsbeitrag:		251,93 €				241,24 €	245,18 €	
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %				74 %	77 %	
Stationär								
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus				✓		✓		✓
Ersatzkrankhaustagegeld				✓				✓
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt				✓		✓		✓
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung				✓		✓		✓
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	 			✓				
						Hinweis: Erfolgt die stationäre Psychotherapie in einer Kooperationsklinik des Versicherten, entfällt die Begrenzung auf 30 Behandlungstage.		
Hospizkosten				✓		✓		✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)				✓		✓		
Kurleistung stationär						✓		
sonstiges				✓		✓		

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	LVM				Huk-Coburg	Concordia		
		AB20E	AB30	SB2/20E	SB2/30	ZB20E	B501* PVB		BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:		251,93 €				241,24 €	245,18 €		
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %				74 %	77 %		
Zahn									
Zahnbehandlung %		50 %				50 %	50 %		
Zahnersatz %		50 %				50 %	50 %		
						Hinweis: Verblendungen werden im Frontzahnbereich jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.			
Kieferorthopädie %		50 %				50 %	50 %		
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt				unbegrenzt	unbegrenzt		
Gebührenordnung Zahn									
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)									
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)									
		Hinweis: ZB20E, ZB30: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden, sofern die Aufwendungen dem Grunde nach beihilfefähig sind. Die Beihilfe leistet im Regelfall jedoch nicht über die Höchstsätze hinaus.							
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung									
						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.			
						Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, 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 eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.			
Zahn									
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o. ä.									
Summenbegrenzung max. ... Jahre		4				0	3		
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall									
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage									
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen									
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung									
						Hinweis: Zur Inlayversorgung zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. Wurzelbehandlung).			

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	LVM	Huk-Coburg	Concordia
		AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	B501* PVB	BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:		251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	74 %	77 %
- sonstiges				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	LVM				Huk-Coburg	Concordia	
		AB20E	AB30	SB2/20E	SB2/30	ZB20E	B501* PVB	BV20
Monatsbeitrag:		251,93 €				241,24 €	245,18 €	
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %				74 %	77 %	
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag								
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):								
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		0						
- Markteinführung BiSex- "Vorgängertarif" (Jahr):								
Antragsfragen/Annahmerichtlinien								
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre		✓					✓	
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre								
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre							✓	
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"								
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		4						
Kinder alleine versicherbar ab Alter		0				6	6	
Ausland								
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	🇪🇺	unbegrenzt				2 🇺🇸	3 🇺🇸	
- Rücktransport aus dem Ausland	🇪🇺	🇺🇸				🇺🇸	🇺🇸	
- Wohnsitzverlegung EU/ EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	🇪🇺	✓				✓	✓	
- Wohnsitzverlegung EU/ EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	🇪🇺	✓				✓	✓	
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland								
Optionsrecht auf Höherversicherung								
Optionsrecht auf Höherversicherung								
- Anzahl feste Optionszeitpunkte								
- anlassbezogenes Optionsrecht								

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	LVM				Huk-Coburg	Concordia	
		AB20E	AB30	SB2/20E ZB30	SB2/30 ZB20E PVB	B501* PVB	BV20	BV30 PVB
Monatsbeitrag:		251,93 €				241,24 €	245,18 €	
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %				74 %	77 %	
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen								
- keine Beschränkung der Zieltarife								
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen								
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung								
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...								
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))								
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)			✓		✓		✓	
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?								
- ambulante Anschlussreha	📦		✓		✓		✓	
- stationäre Anschlussreha	📦		✓		✓		✓	
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen	📦		✗		✗		✓	
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen	📦		✗		✓		✗	
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen	📦		✗		✓		✗	
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen								
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag								
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen			✓		✓ ⚠️			
					Hinweis: Bei ambulanter Behandlung erfolgt die Kostenerstattung bis max. 70% der tariflichen Leistung, die bei stationärer Behandlung in einer Kooperationsklinik angefallen wären.			
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen			✓		✓		✓	
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung					✓			
- Beitragsrückerstattung garantiert								

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	LVM	Huk-Coburg	Concordia
		AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	B501* PVB	BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:		251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	74 %	77 %
- Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		4		2
		Hinweis: AB30, AB20E: Bestimmte nach dem 01.01.2017 durchgeführte und erstattete Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (entsprechende Liste gibt es beim Versicherer) beeinträchtigen den BRE-Anspruch nicht. Diese BRE-unschädliche Erstattung ist Bestandteil der BRE-Regelung; sie ist nicht dauerhaft garantiert, sondern abhängig vom Geschäftsergebnis.		
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss				
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien				
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung				
- Verbesserte Kriegsklausel				
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2	1	2
sonstiges				

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Selbstbeteiligung			
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ AB30, AB20E: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BV20, BV30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ AB30, AB20E: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ BV20, BV30: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).
- Selbstbehalt nur ambulant?	✔ AB30, AB20E: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BV20, BV30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- prozentualer Selbstbehalt?	✔ AB30, AB20E: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BV20, BV30: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ AB30, AB20E: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BV20, BV30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ AB30, AB20E: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BV20, BV30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Haus-/Primärarztprinzip			
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ AB30, AB20E: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ BV20, BV30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ AB30, AB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ AB30, AB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ AB30, AB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ AB30, AB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?	✔ AB30, AB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BV20, BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	AB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). AB30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).	BV20: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). BV30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).
Gebührenordnung ambulant			
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	AB30, AB20E: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden. Erstattet werden die beihilfefähigen Aufwendungen, die sich dem Grunde und der Höhe nach durch die geltenden Beihilfavorschriften bestimmen.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	BV20, BV30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: AB30, AB20E: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Aufwendungen dem Grunde und der Höhe nach beihilfefähig sind. Die Beihilfe leistet im Regelfall jedoch nicht über die Höchstsätze hinaus.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	BV20, BV30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	AB30, AB20E: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (es werden nur die beihilfefähigen Aufwendungen erstattet).	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.	BV20, BV30: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung/Entbindung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung/Entbindung ins Ausland gereist ist. Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, 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 eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.
Heilpraktiker			
- Heilpraktiker	AB30, AB20E: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. Hinweis: AB30, AB20E: Erstattet werden die beihilfefähigen Aufwendungen - sie bestimmen sich dem Grunde (und der Höhe) nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfavorschriften in der jeweils gültigen Fassung.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	BV20, BV30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	AB30, AB20E: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	BV20, BV30: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	AB30, AB20E: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.	BV20, BV30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
- mind. bis zum Höchstsatz GebüH. erstattungsfähig?	<p>✔ AB30, AB20E: ⚠ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig. Hinweis: AB30, AB20E: Erstattet werden die beihilfefähigen Aufwendungen - sie bestimmen sich (dem Grunde und) der Höhe nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfevorschriften in der jeweils gültigen Fassung.</p>	<p>✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.</p>
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebüH hinaus) erstattungsfähig?	<p>AB30, AB20E: ⚠ Nein, es sind keine Leistungen über das GebüH hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre. Hinweis: AB30, AB20E: Osteopathische Behandlungen durch Heilpraktiker (und Ärzte) sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>BV20, BV30: Grundtarif: 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 in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.</p>
Sind alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	<p>AB30, AB20E: ⚠ 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. Hinweis: AB30, AB20E: Osteopathische Behandlungen durch Ärzte (und Heilpraktiker) sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>BV20, BV30: Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.</p>
Vorsorge			
- über gesetzl. Programme hinaus?	<p>⚠ AB30, AB20E: Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
- Schutzimpfungen?	✓ AB30, AB20E: Schutzimpfungen sind erstattungsfähig; ausgenommen sind jedoch berufsbedingte Schutzimpfungen.	✓ Erstattet werden Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, soweit es sich um Schutzimpfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz und Zeckenschutzimpfungen sowie um die empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland handelt, mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen.	✓ BV20, BV30: Erstattet werden Impfungen (einschließlich der verwendeten Impfstoffe), die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden, mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen.
Heilmittel			
- Heilmittel-Definition	✓ AB30, AB20E: Zu den Heilmitteln gehören physikalische Behandlungen, Anwendungen des elektrischen Stromes, Inhalationen, Bäder, medizinische Packungen, Massagen, Bestrahlungen, Heilgymnastik, Ergotherapie und Logopädie.	✓ Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen (z. B. Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie sowie Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie und manuelle Therapie).	✓ BV20, BV30: Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen gemäß Abschnitt E der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die durch Angehörige staatlich anerkannter Heil-/Hilfsberufe durchgeführt werden (z.B. Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie) sowie Ergotherapie und Podologie. Ausgenommen sind Sauna-, Thermal-, russisch-römische und ähnliche Bäder.
- Erstattung von Heilmitteln in %?	✓ AB30, AB20E: Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ BV20, BV30: Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✓ AB30, AB20E: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ BV20, BV30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✓ AB30, AB20E: Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ BV20, BV30: Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis, eine Begrenzung auf Beihilfesätze, "ortsübliche" oder "angemessene" Preise o. ä.?	✗ AB30, AB20E: Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden, da "angelehnt" an Beihilfe (erstattet werden die beihilfefähigen Aufwendungen - sie bestimmen sich (dem Grunde und) der Höhe nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfevorschriften in der jeweils gültigen Fassung).	✗ Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden (da angelehnt an Bundesbeihilfe).	✓ BV20, BV30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.
- Logopädie	✓ AB30, AB20E: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✓ BV20, BV30: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✓ AB30, AB20E: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✓ BV20, BV30: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Hilfsmittel			
Hilfsmittel	<p>✔ AB30, AB20E: Als Hilfsmittel gelten Hör- und Sehhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die Krankheitsoder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten.</p>	<p>✔ 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 des versicherten Prozentsatzes erstattet. Einlagen und orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind auf maximal 3 Paar pro Kalenderjahr begrenzt.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Als Hilfsmittel gelten technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Erstattet werden auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises).</p>
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	<p>✔ AB30, AB20E: Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	<p>✔ Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	<p>✔ AB30, AB20E: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. ⚠ Hinweis: Der Eigenanteil für Hilfsmittel, bei denen Höchstrechnungsbeträge vorgesehen sind, ist nicht in der Höhe begrenzt.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>
- offener Hilfsmittelkatalog?	<p>✔ AB30, AB20E: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	<p>✔ AB30, AB20E: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>
Besteht eine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung?	<p>✔ AB30, AB20E: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.</p>	<p>✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.</p>
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	<p>✔ AB30, AB20E: Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>✖ BV20, BV30: Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag oberhalb von 2.000 EUR bedürfen der vorherigen Zusage durch den Versicherer. Benennt der Versicherer eine alternative Versorgung oder eine Beschaffung des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner und entscheidet sich der Versicherungsnehmer gegen diese Alternative oder wurde im Vorfeld keine Zusage eingeholt, so werden höchstens 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 angefallen wären.</p>
- Atemmonitore (Heimgerät)?	<p>✔ AB30, AB20E: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.</p>
- Herzmonitore (Heimgerät)?	<p>✔ AB30, AB20E: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.</p>
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	<p>✔ AB30, AB20E: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Beatmungsgeräte (Schlafapnoe-Geräte (z.B. CPAP-/BiPAP-/Bilevel-Geräte)) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.250 EUR erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.</p>

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
- Heimdialyse?	✔ AB30, AB20E: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung?	✔ AB30, AB20E: Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✘ Krankenfahrräder (ggf. inkl. Zubehör und Antrieb) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ AB30, AB20E: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ 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.	✔ BV20, BV30: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: AB30, AB20E: Für orthopädische Schuhe werden die Kosten erstattet, soweit sie die Kosten für normale Schuhe überschreiten (beim Versicherten kann erfragt werden, welche Kosten bei orthopädischen Schuhen zzt. für normale Schuhe abgezogen werden können).	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ AB30, AB20E: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Anschaffungskosten eines Blindenführhundes inklusive Einführungstraining sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Die Anschaffungskosten eines Blindenführhundes einschließlich erforderlicher Trainingsmaßnahmen sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ AB30, AB20E: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✔ AB30, AB20E: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, 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).	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ AB30, AB20E: 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.	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ AB30, AB20E: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ AB30, AB20E: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Sehhilfen			
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: AB30, AB20E: Sehhilfen sind analog den Beihilfavorschriften erstattungsfähig (für Brillengestelle werden die Kosten erstattet, soweit es sich um allgemein gebräuchliche Ausführungen handelt (die Höhe des berücksichtigungsfähigen Rechnungsbetrages kann beim Versicherer erfragt werden)). INFO: Die Beihilfefähigkeit von Sehhilfen wurde mit der Änderung der Beihilfavorschriften zum 01.01.2004 stark eingeschränkt. Seitdem sind Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen für Personen über 18 Jahren - in Anlehnung an die Änderungen in der GKV - nur noch bei Vorliegen besonders schwerwiegender medizinischer Indikationen beihilfefähig. Quelle: Bundesamt für zentrale Dienste u. offene Vermögensfragen, Stand 05.2008</p> <p>Aufwendungen für die Korrektur einer Fehlsichtigkeit (wie z. B. eine LASIK-Operation) sind erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Medizinisch notwendige Sehhilfen werden bis 300 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Aufwendungen für eine Korrektur der Sehschärfe mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operation oder Kunstlinsen-Operation) werden bis 500 EUR (250 EUR pro Auge) erstattet.</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: BV20, BV30: Grundtarif: Brillen und Kontaktlinsen werden bis 170 EUR analog des versicherten Prozentsatzes, darüber hinaus zu 50% des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	<p>✔ AB30, AB20E: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Sehhilfen sind einmal pro Kalenderjahr erstattungsfähig.</p>
Psychotherapie			
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	<p>✖ AB30, AB20E: Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BV20, BV30: ⚠ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. Hinweis: BV20, BV30: Ab der 51. Sitzung ist eine vorherige Zusage erforderlich, s. auch Leistungspunkt "mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage".</p>
- Psychotherapie im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte, auch z.B. durch Dipl. Psychologen)?	<p>✔ AB30, AB20E: Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.</p>
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	<p>✔ AB30, AB20E: Keine unüblichen Einschränkungen.</p>	<p>✔ Keine unüblichen Einschränkungen.</p>	<p>✔ BV20, BV30: ⚠ Keine unüblichen Einschränkungen. Hinweis: BV20, BV30: Leistungen über die Höchstsätze werden nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.</p>
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	<p>✔ AB30, AB20E: Es sind alle 50 psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BV20, BV30: 50 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, weitere Sitzungen bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers.</p>
Ambulant			
- ambulante Krankentransporte?	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden.</p>

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Ambulante Transporte			
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ AB30, AB20E: Vergütet werden Aufwendungen für notwendige Fahrten zu und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs sind pro Entfernungskilometer 100% des Kilometersatzes gem. Einkommensteuergesetz erstattungsfähig. Auch die Kosten eines öffentlichen Verkehrsmittels sind erstattungsfähig bzw. Taxikosten, wenn die Fahrt mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmittel nicht möglich/zumutbar sind. Sollte auch die Fahrt mit einem Taxi befundbedingt nicht möglich sein, werden die Kosten für einen notwendigen Krankentransport übernommen.	✔ Transporte zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie sind erstattungsfähig. Werden die Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so wird der Kilometersatz zu Grunde gelegt, der in der jeweils gültigen Fassung des Einkommensteuergesetzes geregelt ist. Ebenso werden auf Nachweis des Versicherungsnehmers die Kosten des preisgünstigsten öffentlichen Verkehrsmittels erstattet.	✘ BV20, BV30: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✘ AB30, AB20E: Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	✘ Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	✘ BV20, BV30: Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	✘ AB30, AB20E: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetsten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✘ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetsten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✘ BV20, BV30: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetsten Behandler sind nicht erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?	✔ AB30, AB20E: Ja, erstattungsfähig sind Transportkosten durch den Notfallrettungsdienst zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus.	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Erstattungsfähig sind Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zum nächstgelegenen, geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall.
Arznei-/Verbandmittel			
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	✔ AB30, AB20E: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✘ AB30, AB20E: Medikamentenähnliche Nährmittel sind nicht erstattungsfähig.	✔ 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.	✔ BV20, BV30: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung bei liegender Sonde (parenterale und enterale Ernährung) werden auch im tariflichen Umfang übernommen. Stoma-Versorgungsartikel sind ebenfalls erstattungsfähig.
sonstiges			
- medizinische Versorgungszentren?	✔ AB30, AB20E: Die Wahlfreiheit erstreckt sich auch auf Ärzte und Zahnärzte, die in Medizinischen Versorgungszentren (nach §§ 95 und 140b SGB V) tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ bzw. GOZ abgerechnet wird.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
- häusliche Behandlungs-/ Krankenpflege?	<p>✔ AB30, AB20E: Ja. Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege ist erstattungsfähig, sofern der Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügt, die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarung nicht überschritten werden und die versicherte Person nach ärztlichem Befund nicht durch eine im Haushalt lebende Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden kann. Erstattungsfähig ist die Grundpflege, die Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung, soweit hierdurch eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung vermieden oder verkürzt wird sowie darüber hinaus medizinische Leistungen, die die ambulante ärztliche Behandlung der versicherten Person ermöglichen und deren Ergebnis sichern sollen (z. B. Wundversorgung, Injektionen, Katheterwechsel).</p>	<p>✔ 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 durcherteilt wurde. Der Versicherer empfiehlt rechtzeitig vor Beginn der Behandlungspflege eine Kontaktaufnahme, um die Kostenübernahme zu klären (andernfalls Reduzierung der Erstattung möglich).</p>	<p>✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege werden übernommen, sofern erstattungsfähige Leistungen erbracht werden.</p>
- Palliativversorgung?	<p>✔ AB30, AB20E: Ja. Ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind erstattungsfähig, wenn – die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und zugleich eine begrenzte Lebenserwartung hat, – eine ärztliche Verordnung vorliegt, – der Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügt. Erstattet werden Aufwendungen in der Höhe, wie sie der Leistungserbringer gemäß seinem Vertrag bei einem GKV-Versicherten berechnen könnte.</p>	<p>✔ Erstattet werden Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), sofern sie über den Versicherer beschafft wird (Vermittlung von 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.</p> <p>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.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen.</p>
Kurleistung ambulant			
- Kuren ambulant?	<p>AB30, AB20E: Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>BV20, BV30: Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig.</p>
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	<p>✔ AB30, AB20E: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Ambulant			
Sonstiges	<p>✔ AB30, AB20E: Teilstationäre Heilbehandlung gilt als ambulante Heilbehandlung.</p>	<p>✔ 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 akutstationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird, sofern ein minderj. Kind im Haushalt wohnt und für dessen Versorgung kein Angehöriger zur Verfügung steht.</p> <p>Die jeweiligen genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/ Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Erstattet werden auch: - Behandlungen in Hospizen - Behandlungen in sozialpädiatrischen Zentren - ambulante Palliativversorgung - 80% der versicherten Prozentstufe für amb. Entwöhnungs- bzw. Entzugsbehandlung - außer Nikotin - (max. 3 Stück incl. ggf. stat. Maßnahmen während der Vertragslaufzeit), sofern kein anderweitiger Anspruch besteht und der Versicherer die Maßnahme vorab zugesagt hat.</p> <p>Die jeweiligen genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen: - für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektion - für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Stationär			
- 1-Bettzimmer?	Keine Leistung vorhanden.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	BV20, BV30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	SB2 30, SB2 20E: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. Hinweis: SB2 30, SB2 20E: Bei Anschlussheilbehandlungen ist die Erstattung auf die Allgemeinen Krankenhausleistungen beschränkt.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	BV20, BV30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	SB2 30, SB2 20E: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	BV20, BV30: Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	SB2 30, SB2 20E: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. Hinweis: SB2 30, SB2 20E: Bei Anschlussheilbehandlungen ist die Erstattung auf die Allgemeinen Krankenhausleistungen beschränkt.	Nein. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	BV20, BV30: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?			
Gebührenordnung Stationär			
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	SB2 30, SB2 20E: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. Erstattet werden die beihilfefähigen Aufwendungen, die sich dem Grunde und der Höhe nach durch die geltenden Beihilfevorschriften bestimmen.	Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	BV20, BV30: Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: SB2 30, SB2 20E: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Aufwendungen dem Grunde und der Höhe nach beihilfefähig sind. Die Beihilfe leistet im Regelfall jedoch nicht über die Höchstsätze hinaus.	Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	BV20, BV30: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.

Leistungsvergleich Stationär

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	SB2 30, SB2 20E: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (es werden nur die beihilfefähigen Aufwendungen erstattet).	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.	BV20, BV30: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung/Entbindung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung/Entbindung ins Ausland gereist ist. Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, 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 eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.
Privatkliniken			
Privatkliniken	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	SB2 30, SB2 20E: In Krankenhäusern, die nicht nach der jeweils geltenden Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer (allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten (sowie für Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers).	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 zu Grunde.	BV20, BV30: Erstattungsfähig sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatart) erstattungsfähig?	SB2 30, SB2 20E: In Krankenhäusern, die nicht nach der jeweils geltenden Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Aufwendungen für ein 2-Bettzimmer einschließlich der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung sowie die zusätzlichen Kosten für privatärztliche Leistungen (Sonderklasse).	Es sind keine Wahlleistungen versichert.	BV20, BV30: Erstattungsfähig sind gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer und privatärztliche Behandlung (2. Pflegeklasse).
Stationär			
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	SB2 30, SB2 20E: Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus sowie die medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus.	Erstattet werden medizinisch notwendige professionelle Kranken- und Rettungstransportkosten zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.	BV20, BV30: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	SB2 30, SB2 20E: Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung werden 50 EUR pro Tag (25 EUR für versicherte Personen bis Alter 20) gezahlt und bei Verzicht auf Unterbringung in einem 2-Bettzimmer 20 EUR - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes.	Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	BV20: Bei Verzicht auf gesonderte Unterbringung im 2-Bettzimmer oder privatärztliche Behandlung werden 6 EUR pro Tag gezahlt. BV30: Bei Verzicht auf gesonderte Unterbringung im 2-Bettzimmer oder privatärztliche Behandlung werden 9 EUR pro Tag gezahlt.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	SB2 30, SB2 20E: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	BV20, BV30: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt (sofern BVS nicht versichert).

Leistungsvergleich Stationär

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✔ SB2 30, SB2 20E: Auf die Notwendigkeit der schriftlichen Zusage vor Beginn der Behandlung wird verzichtet.	✔ Ja, es ist keine Zusage erforderlich: - bei Notfalleinweisung - (onkologischer) AHB bei schweren Erkrankungen - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus 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 Heilbehandlung 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.	✔ BV20, BV30: Ja, es ist keine Zusage erforderlich: - bei Notfalleinweisung - bei medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes/gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notw. stationäre Heilbehandlung erforderte
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ SB2 30, SB2 20E: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	⚠ Aufwendungen für Psychotherapie werden bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet. Hinweis: Erfolgt die stationäre Psychotherapie in einer Kooperationsklinik des Versicherers, entfällt die Begrenzung auf 30 Behandlungstage.	⚠ BV20, BV30: Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 20 Tage pro Kalenderjahr, darüber hinaus nur nach vorheriger Zusage.
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ SB2 30, SB2 20E: Ja, die Kosten für eine stationäre Versorgung in einem von der GKV zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlungen erbracht werden, sind erstattungsfähig. Ansprüche aus der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.	✔ 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.	✔ BV20, BV30: Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ SB2 30, SB2 20E: Erstattungsfähig sind gesondert berechenbare Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung für die Mitaufnahme einer Begleitperson eines Versicherten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.	✔ Ist die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, werden die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (allgemeine Krankenhausleistungen) einer Begleitperson erstattet.	BV20, BV30: "Rooming in" ist nicht versichert.
- Kuren stationär?	⚠ SB2 30, SB2 20E: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden bei einer Kur- oder Sanatoriumbehandlung 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.	⚠ BV20, BV30: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Sonstiges	<p>✔ SB2 30, SB2 20E: Teilstationäre Heilbehandlung gilt als ambulante Heilbehandlung.</p> <p>Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch Aufwendungen für eine erforderliche Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim erstattungsfähig, wenn noch keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.</p> <p>Gilt für alle versicherten Leistungen: Erstattet werden im tariflichen Rahmen die beihilfefähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung. Die beihilfefähigen Aufwendungen bestimmen sich dem Grunde und der Höhe nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfevorschriften in der jeweils gültigen Fassung.</p>	<p>✔ 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.</p> <p>Für medizinisch notwendige stationäre Aufenthalte im Zusammenhang mit einer Zahnersatz-/Inlaymaßnahme werden die Kosten analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	

Leistungsvergleich Zahn

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Zahn			
Zahnbehandlung (%)?	✔ ZB20E, ZB30: Zahnbehandlung (einschließlich prophylaktischer Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung)) wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BV20, BV30: Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
Zahnersatz (%)?	✔ ZB20E, ZB30: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. ⚠ Hinweis: Verblendungen werden im Frontzahnbereich jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.	✔ BV20, BV30: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Aufwendungen für Verblendungen (auch Keramikverblendungen) sind bis einschließlich Zahn 8 erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie (%)?	✔ ZB20E, ZB30: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BV20, BV30: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ ZB20E, ZB30: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ BV20, BV30: Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
Gebührenordnung Zahn			
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ ZB20E, ZB30: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden, sofern die Aufwendungen dem Grunde nach beihilfefähig sind.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ BV20, BV30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: ZB20E, ZB30: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden, sofern die Aufwendungen dem Grunde nach beihilfefähig sind. Die Beihilfe leistet im Regelfall jedoch nicht über die Höchstsätze hinaus.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	BV20, BV30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	ZB20E, ZB30: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ (es werden nur die beihilfefähigen Aufwendungen erstattet).	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.	BV20, BV30: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. ⚠ Hinweis: BV20, BV30: Die Einschränkung der Leistungspflicht entfällt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, 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 eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Zahn			
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	<p>✔ ZB20E, ZB30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p> <p>Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.</p>	<p>⚠ Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p> <p>Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.</p>
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	<p>✔ ZB20E, ZB30: Die Erstattungsfähigkeit der grundsätzlich erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.000 EUR im 1. Versicherungsjahr - 3.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren - 6.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren - 10.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren 	<p>✔ Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - im 1. Versicherungsjahr bis 1.500 EUR - im 2. Versicherungsjahr bis 3.000 EUR - im 3. Versicherungsjahr bis 4.500 EUR analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	<p>✔ ZB20E, ZB30: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p>	<p>✔ Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p>
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	<p>✔ ZB20E, ZB30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.</p>	<p>✔ Die rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans sollte erfolgen, damit Auskunft über die zu erwartende Erstattungshöhe erteilt werden kann.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.</p>
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	<p>✔ ZB20E, ZB30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.</p>
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	<p>ZB20E, ZB30: Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.</p>	<p>Inlays werden wie Zahnersatz erstattet. Hinweis: Zur Inlayversorgung zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. Wurzelbehandlung).</p>	<p>✔ BV20, BV30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.</p>
Sonstiges			

Leistungsvergleich Sonstiges

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
Markteinführung des Tarifes (Jahr):			
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✔ AB30, AB20E: Tarif ist aktuell.		
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):			
Antragsfragen/Annahmerichtlinien			
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✔ AB30, AB20E: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (ambulante Untersuchungen/Behandlungen im Krankenhaus o. ä.: 10 Jahre).	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✔ BV20, BV30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	AB30, AB20E: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	BV20, BV30: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre rückwirkend.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	SB2 30, SB2 20E: Nein, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt 10 Jahre.	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✔ BV20, BV30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/ Krankheiten"?	AB30, AB20E: Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen zurzeit oder bestanden in den letzten drei Jahren Krankheiten, körperliche oder psychische Beschwerden, (...)?"		BV20, BV30: Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen derzeit oder bestanden innerhalb der letzten 3 Jahre Krankheiten, Beschwerden, (...) – auch wenn Sie diesbezüglich nicht behandelt wurden?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✔ ZB20E, ZB30: 1–4 fehlende Zähne: Beitragszuschlag von 10% pro fehlendem Zahn	Es liegen leider keine Informationen vor.	
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ AB30, AB20E: Kinder sind auch alleine versicherbar, sofern mindestens ein Elternteil in einer PKV vollversichert ist.	✔ Kinder sind erst ab dem 6. Lebensjahr alleine versicherbar.	✔ BV20, BV30: Kinder sind erst ab dem 6. Lebensjahr alleine versicherbar.
Ausland			
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔ AB30, AB20E: Aufwendungen auf Auslandsreisen: Auch im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne zeitliche Begrenzung.	✘ 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.	✘ BV20, BV30: Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 3 Monate.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✘ AB30, AB20E: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✘ Der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✘ Keine Leistung vorhanden.

Leistungsvergleich Sonstiges

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ AB30, AB20E: Ja. Der Versicherungsnehmer kann beantragen, dass bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person innerhalb der EU/des EWR die Begrenzung auf die Leistung, die im Inland zu erbringen wäre, entfällt. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme (ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag) bei Antragstellung innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung.	✔ 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.	✔ BV20, BV30: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland. Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes) entfällt die Begrenzung gegen Zahlung eines Beitragszuschlags. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/ Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ AB30, AB20E: Ja. Der Versicherungsnehmer kann beantragen, dass bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person innerhalb der EU/des EWR die Begrenzung auf die Leistung, die im Inland zu erbringen wäre, entfällt. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme (ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag) bei Antragstellung innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung.	✔ 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.	✔ BV20, BV30: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland. Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes) entfällt die Begrenzung gegen Zahlung eines Beitragszuschlags. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	AB30, AB20E: 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 eine Anwartschaft verlangt werden.	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.	BV20, BV30: Bei längerem Aufenthalt (> drei Monate) kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden, sofern der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes gestellt wird. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.
Optionsrecht auf Höherversicherung			
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	AB30, AB20E: Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	BV20, BV30: Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/ Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	

Leistungsvergleich Sonstiges

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501 * PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))			
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	<p>✔ AB30, AB20E: Anschlussheilbehandlungen (AHB) oder Anschlussgesundheitsmaßnahmen (AGM) sind erstattungsfähig, sofern kein Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, BG) besteht und die Maßnahme spätestens innerhalb von 4 Wochen (aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen ggf. auch später) nach der stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Darüber hinaus wird nach einer onkologisch bedingten AHB oder AGM innerhalb der 3 Folgejahre eine weitere damit in Zusammenhang stehende Rehabilitationsmaßnahme übernommen, sofern kein Anspruch bei einem anderen Kostenträger besteht. SB2 30, SB2 20E: s. ambulanten Tarif und zusätzlich: Bei Maßnahmen in "gemischten Krankenanstalten" wird sich der Versicherer nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen.</p>	<p>✔ 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 Unterkunft- 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.</p> <p>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.</p>	<p>✔ BV20, BV30: Zu § 5 Abs. 1d MB/KK 2013: Anschlussheilbehandlung (AHB) Die Einschränkung nach § 5 Abs. 1d MB/KK 2013 gilt nicht für medizinisch notwendige AHB, sofern die AHB innerhalb von 14 Tagen nach der stationären Akutbehandlung (bei vorliegender medizinischer Indikation auch später) angetreten wurde und kein Anspruch auf Sachleistungen bzw. Übernahme der Kosten durch einen gesetzlichen Sozialversicherungsträger besteht.</p> <p>§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht (1) Keine Leistungspflicht besteht d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.</p>
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	<p>SB2 30, SB2 20E: Es werden keine Wahlleistungen erstattet. AB30, AB20E: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>	Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	<p>BV20, BV30: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ AB30, AB20E: Ja. Leistung vorhanden, s. o. SB2 30, SB2 20E: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BV20, BV30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ SB2 30, SB2 20E: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AB30, AB20E: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BV20, BV30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	✘ SB2 30, SB2 20E: Nein. Es werden nur allgemeine Krankenhausleistungen erstattet. AB30, AB20E: s. S-Tarif	✘ Nein. Bei ambulanter AHB werden nur ärztliche Behandlung und physikalische Therapie erstattet.	✔ BV20, BV30: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	✘ SB2 30, SB2 20E: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant AB30, AB20E: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✘ BV20, BV30: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	✘ AB30, AB20E: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant SB2 30, SB2 20E: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✘ BV20, BV30: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	AB30, SB2 30, AB20E, SB2 20E: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden nicht erstattet; bei Pauschalabrechnung wird nur ein Tagegeld gezahlt.	BV20, BV30: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	✔ SB2 30, SB2 20E: Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind während der Vertragslaufzeit insgesamt max. drei stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (keine Nikotinsucht oder nicht stoffgebundene Suchterkrankung) in qualifizierten Einrichtungen erstattungsfähig, sofern anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann. Die Erstattung ist auf Allgemeine Krankenhausleistungen beschränkt. Durchgeführte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden auf die maximal erstattungsfähige Anzahl angerechnet. AB30, AB20E: Erstattungsfähig sind während der Vertragslaufzeit insgesamt max. drei ambulante (und - nach vorheriger schriftlicher Zusage - stationäre) Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (keine Nikotinsucht oder nicht stoffgebundene Suchterkrankung) in qualifizierten Einrichtungen, sofern anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann.	✔ 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 anderweiter 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.	BV20, BV30: Erstattungsfähig zu 80% des versicherten Prozentsatzes sind insgesamt max. drei ambulante/stationäre Entwöhnungs- bzw. Entzugsbehandlungen (außer bei Nikotinsucht) während der Vertragslaufzeit, sofern kein anderweiter Anspruch besteht und der Versicherer die Maßnahme vorab zugesagt hat. Bei stationären Maßnahmen werden max. die Allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet (zu 80%).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501* PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✓ AB30, AB20E: Maßnahmen ärztlich assistierter Reproduktion (nach deutschem Recht) sind erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität vorliegt, die allein durch Maßnahmen ärztlich assistierter Reproduktion überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt. <p>Besteht für den Partner im Versicherungsfall anderweitig (z. B. GKV, andere PKV) ein Leistungsanspruch, so ist die LVM nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Anrechnung dieses Anspruchs verbleiben.</p>	<p>✓ Erstattet werden Aufwendungen einer Kinderwunschbehandlung/künstlichen Befruchtung (nach deutschem Recht), sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.</p> <p>Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Leistungsanspruch, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.</p>	<p>✓ BV20, BV30: In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<p>AB30, AB20E: Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.</p>	<p>✓ Zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z.B. Haushaltshilfe) wird eine einmalige Pauschale ausgehend von 500 EUR zum versicherten Prozentsatz pro ambulanter Entbindung gezahlt.</p>	<p>BV20, BV30: Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.</p>
Garantierte Beitragsrückerstattung?	<p>AB30, AB20E: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.</p>	<p>Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.</p>	<p>BV20, BV30: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.</p>
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	<p>✓ AB30, AB20E: ⚠ Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt zzt. 4 Monatsbeiträge (MB) für 1 leistungsfreies Kalenderjahr (KJ); bei unterjährigem Beginn wird die BRE anteilig gezahlt.</p> <p>Bei Unterbrechung der Leistungsfreiheit gilt danach folgende Regelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 MB für 1 leistungsfreies KJ - 2 MB für 2 leistungsfreie KJ - 3 MB für 3 leistungsfreie KJ - 4 MB für 4 leistungsfreie KJ <p>Hinweis: AB30, AB20E: Bestimmte nach dem 01.01.2017 durchgeführte und erstattete Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (entsprechende Liste gibt es beim Versicherer) beeinträchtigen den BRE-Anspruch nicht. Diese BRE-unschädliche Erstattung ist Bestandteil der BRE-Regelung; sie ist nicht dauerhaft garantiert, sondern abhängig vom Geschäftsergebnis.</p>	<p>Es liegen keine Informationen zur Beitragsrückerstattung vor.</p>	<p>✓ BV20, BV30: Die Beitragsrückerstattung beträgt zzt. 2,5 Monatsbeiträge für 1 leistungsfreies Kalenderjahr ab Vertragsbeginn.</p> <p>Wurden Leistungen in Anspruch genommen, gilt folgende Staffel: 1,25 Monatsbeiträge für 1 leistungsfreies Kalenderjahr 1,5 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Kalenderjahre 2,0 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Kalenderjahre 2,5 Monatsbeiträge für 4 und mehr leistungsfreie Kalenderjahre</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen haben keine Auswirkung auf die Beitragsrückerstattung.</p>

Leistungsvergleich Sonstiges

	LVM AB20E AB30 SB2/20E SB2/30 ZB20E ZB30 PVB	Huk-Coburg B501 * PVB	Concordia BV20 BV30 PVB
Monatsbeitrag:	251,93 €	241,24 €	245,18 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	74 %	77 %
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	✔ AB30, AB20E: Sämtliche Wartezeiten entfallen.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	BV20, BV30: Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Bei unfallbedingten Kosten entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/ Geburtsschäden?	✔ AB30, AB20E: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen. Wenn beide Elternteile beim Versicherer versichert sind, kann für das Neugeborene der umfangreichere Versicherungsschutz der beiden Elternteile gewählt werden (+ ggf. geringere Selbstbeteiligung im Ambulanttarif).	✔ 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.	✔ BV20, BV30: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ AB30, AB20E: Ja. Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine gleichwertige Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✘ BV20, BV30: Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/ KK)?	✔ AB30, AB20E: Ja. Bei Kriegsereignissen außerhalb Deutschlands besteht Leistungspflicht, wenn die versicherte Person in ein Gebiet einreist und/oder sich dort weiterhin aufhält, für das keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gilt (Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleiben weiterhin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen).	✔ Leistungspflicht besteht auch für durch Kriegsereignisse (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)).	✔ BV20, BV30: Leistungspflicht besteht, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes verhindert ist. Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen.
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ AB30, AB20E: 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.	✔ BV20, BV30: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.
Sonstiges	✔ AB30, AB20E: Für alle in den Bedingungen genannten Leistungen gilt: Erstattet werden im tariflichen Rahmen die beihilfefähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung. Die beihilfefähigen Aufwendungen bestimmen sich dem Grunde und der Höhe nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfevorschriften in der jeweils gültigen Fassung.		