

# Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

KV Werk GmbH

# Analyse Krankenversicherung

## Angaben zur Person

Vorname:  
Nachname:  
Geburtsdatum: 01.01.1992  
Geschlecht: Frau  
Berufsgruppe: Beamte/r  
Status: Versicherungsnehmer  
Beihilfesatz: 50 %  
Beihilfeträger: Bund

## Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.07.2022  
Tarifgebiet: West  
Tarifarten: Krankenvollversicherung

## Vorgeschlagene Tarife

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

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
Barmenia	GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	332,51 €
BBKK	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	360,77 €
Hallesche	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	362,47 €
R+V	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	320,95 €
Signal Iduna	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	305,47 €
Deutscher Ring	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB	361,27 €

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

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

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

Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
<b>GEP</b> <b>19,18 €</b>	<b>BC 20k</b> <b>71,74 €</b>	<b>BEb.50</b> <b>6,34 €</b>	<b>BB20E</b> <b>78,25 €</b>	<b>EXKLUSIV-B 20V</b> <b>78,32 €</b>	<b>BE +</b> <b>6,21 €</b>
<p>Ergänzungstarif (Restkostenabsicherung) für Beihilfeberechtigte Genau-Für-Sie Ergänzung Plus (GEP)</p> <p>Erstattung der nach Vorleistung der Beihilfe + Tarif GK verbleibenden Kosten in voller Höhe*, u. a. für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Heilbehandlung, Psychotherapie, Arznei-, Verband-, Heil- + Hilfsmittel, Transporte, häusliche Krankenpflege, SAPV</li> <li>- stationäre Heilbehandlung, Transporte, Hospizleistung, Kurzzeitpflege</li> <li>- Zahnbehandlung, Prophylaxe, Zahnersatz, KFO</li> <li>- Kuren</li> <li>- Zuzahlungen</li> </ul> <p>* Budget-Grenzen für Sehhilfen, Lasik u. ä., Heilpraktiker, Hörgeräte, Haushaltshilfe, Kurtagegeld, Kur-Pauschale</p> <p>AVB, Teil III (Tarif GEP)_K 5256 0722 DT_Stand 01.07.2022</p> <p>Tarifstand: 01.07.2022</p>	<p>Kompakttarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeCOMFORT:</p> <p>20% Erstattung für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Behandlung</li> <li>- Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie</li> <li>- stationäre Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt)</li> </ul> <p>Tarifstufe endet mit Eintritt des Versorgungsfalls.</p> <p>AVB/VV, Teil I - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 339066, 12.2019 + Teil II (Tarif BeihilfeCOMFORT) - Stand: 01.07.2018, SAP-Nr.: 338154, 12.2018</p> <p>Tarifstand: 01.01.2022</p>	<p>Beihilfeergänzungstarif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehhilfen</li> <li>- Heilpraktiker bis 1.000 EUR</li> </ul> <p>Rechnungsbetrag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zahnersatz (Material-/Laborkosten)</li> <li>- privatärztliche stationäre Behandlung über GOÄ/GOZ</li> <li>- Kurtagegeld</li> </ul> <p>AVB, Teil III (Tarif BE)_PM 87u – 02.21_Fassung Januar 2021</p> <p>Tarifstand: 01.05.2020</p>	<p>Kompakttarif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20% Ambulante Heilbehandlung</li> <li>20% Stationär (Regelleistungen)</li> <li>20% Zahnbehandlung, -ersatz, Kieferorthopädie</li> </ul> <p>AVB/KK 2013: Teil I (MB 2009), Teil II (TB), Teil III (Grundtarife)_Bedingungsheft PKX0421_gültig ab 01.04.2021</p> <p>Tarif für Beihilfeberechtigte - endet mit Eintritt des Versorgungsfalls</p> <p>Tarifstand: 01.01.2021</p>	<p>Ambulant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20% Ambulante Heilbehandlung</li> <li>20% Heilpraktiker bis 2.000 €</li> <li>Rechnungsbetrag p.a.</li> <li>20% Psychotherapie</li> </ul> <p>Stationär:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20% Regelleistungen</li> </ul> <p>Zahn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20% Zahnbehandlung</li> <li>16-20% Zahnersatz bei regelm. Zahnvorsorge</li> <li>20% Kieferorthopädie</li> </ul> <p>(Tarif für Beihilfeberechtigte, endet im Versorgungsfall)</p> <p>Booklet VV, Beihilfe, ZV_Stand: 01.01.2022_1344013 Jan22</p> <p>Tarifstand: 01.01.2021</p>	<p>Beihilfeergänzungstarif BE +:</p> <p>100% Erstattung der nach Beihilfe verbleibenden Selbstbeteiligungen bzw. Abzugsbeträge.</p> <p>Kann zusätzlich zu Tarif BE oder BKE versichert werden.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		BBKK		Hallesche		R+V		Signal Iduna		Deutscher Ring	
<b>GK20P</b>	<b>73,79 €</b>	<b>BC 30</b>	<b>185,07 €</b>	<b>CAZ.120</b>	<b>85,13 €</b>	<b>BB30</b>	<b>145,52 €</b>	<b>EXKLUSIV-B 30</b>	<b>149,90 €</b>	<b>BE</b>	<b>16,95 €</b>
Kompakttarif für Beihilfeberechtigte Genau-Für-Sie Krankenversicherung (Tarifstufe GK20P)  - ambulante Behandlung - Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie - stationäre Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt) versicherter Prozentsatz: 20%  Tarifstufe entfällt mit Eintritt des Versorgungsfalles  AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0919 DT_Stand 01.02.2019 + Teil III (Tarif GK)_K 5252 0722 DT_Stand 01.07.2022  Tarifstand: 01.07.2022		Kompakttarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeCOMFORT:  30% Erstattung für - ambulante Behandlung - Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie - stationäre Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt)  AVB/VV, Teil I - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 339066, 12.2019 + Teil II (Tarif BeihilfeCOMFORT) - Stand: 01.07.2018, SAP-Nr.: 338154, 12.2018  Tarifstand: 01.01.2022		Kompakttarif für Beihilfeberechtigte:  - Ambulant, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie Versicherter Prozentsatz: 20%  Der Tarif endet bei Eintritt des Versorgungsfalles.  (Baden-Württemberg = Verbeamtung vor dem 01.01.2013)  AVB, Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB/KK 2013)_PM 22u – 10.21_Fassung Januar 2022 PM 69u – 08.21_Fassung Januar 2022  Tarifstand: 01.05.2021		Kompakttarif 30% Ambulante Heilbehandlung 30% Stationär (Regelleistungen) 30% Zahnbehandlung, -ersatz, Kieferorthopädie  AVB/KK 2013: Teil I (MB 2009), Teil II (TB), Teil III (Grundtarife)_Bedingungsheft PKX0421_gültig ab 01.04.2021  Tarif für Beihilfeberechtigte  Tarifstand: 01.01.2021		Ambulant: 30% Ambulante Heilbehandlung 30% Heilpraktiker bis 2.000 € Rechnungsbetrag p.a. 30% Psychotherapie  Stationär: 30% Regelleistungen  Zahn: 30% Zahnbehandlung 24-30% Zahnersatz bei regelm. Zahnvorsorge 30% Kieferorthopädie  (Tarif für Beihilfeberechtigte)  Booklet VV, Beihilfe, ZV_Stand: 01.01.2022_1344013 Jan22  Tarifstand: 01.01.2021		Beihilfeergänzungstarif BE: u. a. Hilfsmittel/Sehhilfen, Kur, Zahnbehandlung-/ersatz, Kieferorthopädie, Diff.kosten 1-/2-Bettzimmer, Auslandsrücktransport  Tarifstand: 01.01.2018	

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		BKK		Hallesche		R+v		Signal Iduna		Deutscher Ring	
<b>GK30</b>	<b>159,66 €</b>	<b>BErgänzung+</b>	<b>22,63 €</b>	<b>CAZ.30</b>	<b>144,82 €</b>	<b>EB1</b>	<b>27,41 €</b>	<b>EXKLUSIV-B-E1 50</b>	<b>4,50 €</b>	<b>BK 50</b>	<b>255,16 €</b>
<p>Kompakttarif für Beihilfeberechtigte Genau-Für-Sie Krankenversicherung (Tarifstufe GK30)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Behandlung</li> <li>- Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie</li> <li>- stationäre Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt) versicherter Prozentsatz: 30%</li> </ul> <p>AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0919 DT_Stand 01.02.2019 + Teil III (Tarif GK)_K 5252 0722 DT_Stand 01.07.2022</p> <p>Tarifstand: 01.07.2022</p>		<p>Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeErgänzungPlus</p> <p>Unter Anrechnung der Beihilfeansprüche, der Leistungen nach Tarif BeihilfeCOMFORT und BeihilfeKlinikPlus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reiseschutzimpfungen und Malariaphylaxe</li> <li>- nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel</li> <li>- Heilpraktiker</li> <li>- Naturheilkunde durch Ärzte</li> <li>- Sehhilfen, bis 100 EUR alle 2 Jahre</li> <li>- beihilfefähige Hilfsmittel</li> <li>- ambulante Vorsorgeuntersuchungen (wenn nicht bereits aus BeihilfeCOMFORT erstattet), bis 100 EUR p. a.</li> <li>- Differenzkosten 1-/2-Bettzimmer</li> <li>- stationäre privatärztliche Leistungen (auch über GOÄ-Höchstsätze hinaus)</li> <li>- Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung/Zahnersatz, bis 6.000 EUR p. a. (1. + 2. Jahr insgesamt 2.000 EUR)</li> <li>- Kurtagegeld 40 EUR, max. 28 Tage innerhalb von 3 Jahren</li> <li>- Auslandsreise-KV, bis zu 56 Tagen</li> </ul> <p>AVB/VV, Teil I - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 339066, 12.2019 + Teil II (Tarif BeihilfeErgänzungPlus) - Stand: 01.04.2018, SAP-Nr.: 339070, 04.2018</p> <p>Tarifstand: 16.04.2018</p>		<p>Kompakttarif für Beihilfeberechtigte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulant, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie</li> </ul> <p>Versicherter Prozentsatz: 30%</p> <p>AVB, Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB/KK 2013)_PM 22u – 10.21_Fassung Januar 2022</p> <p>PM 69u – 08.21_Fassung Januar 2022</p> <p>Tarifstand: 01.05.2022</p>		<p>Beihilfeergänzungstarif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heilpraktiker</li> <li>- amb. Vorsorge/Schutzimpfungen</li> <li>- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (auch Sehhilfen)</li> <li>- Auslandsreisen inkl. Rücktransport/Überführung</li> <li>- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten)</li> <li>- Implantatversorgung (Zahn)</li> <li>- Kurtagegeld</li> <li>- Geburtspauschale</li> <li>- Honorarvereinbarungen (amb. und stat. (Belegarzt))</li> <li>- häusliche Pflege</li> </ul> <p>AVB/KK 2013: Teil I (MB 2009), Teil II (TB), Teil III (Ergänzungstarife)_Bedingungsheft PKX0421_gültig ab 01.04.2021</p> <p>Tarif für Beihilfeberechtigte</p> <p>Tarifstand: 01.04.2021</p>		<p>Beihilfeergänzungstarif</p> <p>Unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe sind berücksichtigungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>50% Sehhilfen</li> <li>50% Hilfsmittelrestkosten</li> <li>50% Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr</li> <li>50% Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen</li> <li>50% Zahnbehandlung</li> <li>50% Zahnersatz</li> <li>Kurtagegeld</li> <li>Heilbehandlung im Ausland: 100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung</li> </ul> <p>Tarifstand: 01.01.2021</p>		<p>Kompakttarif mit Regelleistungen im Krankenhaus (Mehrbettzimmer, Belegarzt) versicherter Prozentsatz: 50%</p> <p>Tarif für Beihilfeberechtigte</p> <p>Booklet VV, Beihilfe, ZV_Stand: 01.01.2022_1344013 Jan22</p> <p>Tarifstand: 01.01.2022</p>	

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		BKK		Hallesche		R+V		Signal Iduna		Deutscher Ring	
<b>G2B20P</b>	<b>4,90 €</b>	<b>BKlinik+ 20k</b>	<b>3,75 €</b>	<b>JOKER.flex</b>	<b>3,50 €</b>	<b>W220E</b>	<b>4,64 €</b>	<b>EXKLUSIV-B-ES 50</b>	<b>2,56 €</b>	<b>PIT 50</b>	<b>3,78 €</b>
stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte Genau-Für-Sie 2-Bett (Tarifstufe G2B20P)		stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeKlinikPlus:		Optionsversicherung für Vollversicherte bis Alter 45 der HALLESCHER.		Stationär: 20% 2-Bettzimmer 20% Wahlärztliche Behandlung		Beihilfeergänzung 50% für 1- u. 2-Bettzimmer 50% für privatärztliche Behandlung, auch über die GOÄ-Höchstsätze hinaus 10 EUR Krankenhaustagegeld		Zusatzbaustein für den Übertragungswert (portable Alterungsrückstellung für den Versichererwechsel).	
- Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung, 2-Bettzimmer) versicherter Prozentsatz: 20%		- 20% Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung, 2-Bettzimmer)		Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie bei der HALLESCHER gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine Beihilfe-Restkostenversicherung abschließen.		AVB/KK 2013: Teil I (MB 2009), Teil II (TB), Teil III (Wahlleistungstarife) _Bedingungsheft PKX0421_gültig ab 01.04.2021		Tarifstand: 01.01.2022		Bei Kindern ist der Abschluss dieses Tarifes nicht möglich!	
Tarifstufe entfällt mit Eintritt des Versorgungsfalls		Tarifstufe endet mit Eintritt des Versorgungsfalls.		Tarifstand: 01.01.2013		Tarif für Beihilfeberechtigte - endet mit Eintritt des Versorgungsfalls				Tarifstand: 01.01.2022	
AVB, Teil III (Tarif G2B)_K 5253 0722 DT_Stand 01.07.2022		AVB/VV, Teil I - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 339066, 12.2019 + Teil II (Tarif BeihilfeKlinikPlus) - Stand: 01.04.2018, SAP-Nr. : 338160, 04.2018				Tarifstand: 01.01.2022					
Tarifstand: 01.07.2022		Tarifstand: 16.04.2018									
<b>G2B30</b>	<b>11,71 €</b>	<b>BKlinik+ 30</b>	<b>12,00 €</b>	<b>URZ</b>	<b>1,50 €</b>	<b>W230</b>	<b>10,82 €</b>	<b>EXKLUSIV-B-W 20V</b>	<b>4,62 €</b>	<b>BS 50</b>	<b>12,82 €</b>
stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte Genau-Für-Sie 2-Bett (Tarifstufe G2B30)		stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte - BeihilfeKlinikPlus:		Auslandsreise-Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen.		Stationär: 30% 2-Bettzimmer 30% Wahlärztliche Behandlung		Stationärer Tarif: 20 % 1- o. 2-Bettzimmer 20 % Wahlärztliche Behandlung		Stationärer Zusatztarif:	
- Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung, 2-Bettzimmer) versicherter Prozentsatz: 30%		- 30% Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung, 2-Bettzimmer)		Tarifstand: 01.01.2019		AVB/KK 2013: Teil I (MB 2009), Teil II (TB), Teil III (Wahlleistungstarife) _Bedingungsheft PKX0421_gültig ab 01.04.2021		Tarifstand: 01.01.2021		Wahlleistungen im Krankenhaus (2-Bettzimmer, Wahlarzt) versicherter Prozentsatz: 50%	
AVB, Teil III (Tarif G2B)_K 5253 0722 DT_Stand 01.07.2022		AVB/VV, Teil I - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 339066, 12.2019 + Teil II (Tarif BeihilfeKlinikPlus) - Stand: 01.04.2018, SAP-Nr. : 338160, 04.2018				Tarif für Beihilfeberechtigte				Tarif für Beihilfeberechtigte	
Tarifstand: 01.07.2022		Tarifstand: 16.04.2018				Tarifstand: 01.01.2022				Tarifstand: 01.01.2021	

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		<p><b>CG.230</b> <b>10,25 €</b></p> <p>stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte:</p> <p>Wahlleistungen im Krankenhaus (2-Bettzimmer, Privatarzt) Versicherter Prozentsatz: 30%</p> <p>Tarifstand: 01.05.2022</p>		<p><b>EXKLUSIV-B-W 30</b> <b>11,83 €</b></p> <p>Stationärer Tarif: 30% 1- o. 2-Bettzimmer 30% Wahlärztliche Behandlung</p> <p>Tarifstand: 01.01.2021</p>	
		<p><b>CG.320</b> <b>4,49 €</b></p> <p>stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte:</p> <p>Wahlleistungen im Krankenhaus (2-Bettzimmer, Privatarzt) Versicherter Prozentsatz: 20%</p> <p>Der Tarif endet bei Eintritt des Versorgungsfalles.</p> <p>(Baden-Württemberg = Verbeamtung vor dem 01.01.2013)</p> <p>Tarifstand: 01.05.2022</p>			

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		BBKK		Hallesche		R+V		Signal Iduna		Deutscher Ring	
				<b>CSR.120</b> <b>15,45 €</b> stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte: - Regelleistungen (Mehrbettzimmer und Belegarzt) Versicherter Prozentsatz: 20%  Der Tarif endet bei Eintritt des Versorgungsfalles.  (Baden-Württemberg = Verbeamtung vor dem 01.01.2013)  Tarifstand: 01.05.2021							
				<b>CSR.30</b> <b>34,82 €</b> stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte: - Regelleistungen (Mehrbettzimmer und Belegarzt) Versicherter Prozentsatz: 30%  Tarifstand: 01.05.2022							
<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>26,92 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>29,14 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>19,62 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>18,38 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>16,88 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	<b>29,49 €</b>
<b>PVB</b>	<b>36,35 €</b>	<b>PVB</b>	<b>36,44 €</b>	<b>PVB</b>	<b>36,55 €</b>	<b>PPB</b>	<b>35,94 €</b>	<b>PVB</b>	<b>36,86 €</b>	<b>PVB</b>	<b>36,86 €</b>
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte.	
Tarifstand: 01.01.2022		Tarifstand: 01.01.2022		Tarifstand: 01.01.2022		Tarifstand: 01.01.2022		Tarifstand: 01.01.2022		Tarifstand: 01.01.2022	
<b>Gesamtbeitrag mtl.:</b>	<b>332,51 €</b>		<b>360,77 €</b>		<b>362,47 €</b>		<b>320,95 €</b>		<b>305,47 €</b>		<b>361,27 €</b>
<b>Arbeitnehmeranteil mtl.:</b>	<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>
<b>Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:</b>	<b>332,51 €</b>		<b>360,77 €</b>		<b>362,47 €</b>		<b>320,95 €</b>		<b>305,47 €</b>		<b>361,27 €</b>

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

# Analyse Krankenversicherung

## Übersicht der Leistungsstärke

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

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Selbstbehalt p.a.:</b>						
<b>SB Art *:</b>						
<b>Arbeitnehmeranteil:</b>						
<b>Effektivbeitrag **:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad</b>						
<b>Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>GOÄ/GOZ</b>						
<b>Ambulant</b>						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
<b>Stationär</b>						
	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt
<b>Zahn</b>						
Zahnbehandlung	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahnersatz	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Kieferorthopädie	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %

### Erläuterung zur Darstellung:

-  7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang
-  4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang
-  1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

\* SB Art: A:Ambulanter Selbstbehalt, S:Stationärer Selbstbehalt, Z:Selbstbehalt bei Zahnleistungen, %:Prozentualer Selbstbehalt  
 \*\* Effektivbeitrag: Fiktiver monatlicher Beitrag inkl. 1/12 des jährlichen Selbstbehaltes.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

### Erläuterung zur Darstellung:

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

		Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
	Kundenwunsch	GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>			332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Selbstbeteiligung (SB)</b>							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)							
- SB prozentual (bzw. keine SB)							
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)							
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbeteiligung angerechnet							
<b>Haus-/Primärarztprinzip</b>							
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 %	50 %	50 %	50 %
<b>Gebührenordnung ambulant</b>							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)							
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
Monatsbeitrag:		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung				 Hinweis: CAZ.120, CAZ.30: Erstattung der ortsüblichen Kosten, wenn die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt. Anderenfalls werden nur die Kostenteile erstattet, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD nicht übersteigen.	 Hinweis: BB30, BB20E: innerhalb EU/EWR/ Schweiz: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen. außerhalb EU/EWR/ Schweiz: Der Versicherer erstattet auch die Mehrkosten, wenn er die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist.		
<b>Heilpraktiker</b>							
Heilpraktiker			 Hinweis: BC 20k, BC 30: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.				
- xx % Erstattung		50 %	50 %	50 %	50 %	50 % Hinweis:	50 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	1.000,00 €	unbegrenzt
- mind. bis Höchstsatz Gebüh							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)		✓	✓			✓	
- alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte		✓	✓				
<b>Vorsorge</b>							
- über gesetzliche Programme	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Schutzimpfungen	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Heilmittel</b>							
Definition Heilmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- keine pauschalen Beschränkungen	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kein tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis/keine Anlehnung an Beihilfe					✓	✓ ⚠️ Hinweis: EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Logopädie, Ergotherapie: bis beihilfefähige Höchstbeträge	
- Auch keine sonstige Begrenzung (z. B. auf (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)					✓	✓	
- Logopädie durch Logopäden	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Hilfsmittel</b>							
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- offener Hilfsmittelkatalog	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- mindestens funktionale Standardausführung	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis							
- Atemmonitor (Heimgerät)							
- Herzmonitor (Heimgerät)							
- Beatmungsgerät (Heimgerät)							
- Heimdialysegerät							
- Krankenfahrräder ohne (Summen-)Begrenzung							
- Hör-/Sprechergeräte							
		Hinweis: GK20P: Hörgeräte werden bis 400 EUR je Ohr erstattet, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung. GK30: Hörgeräte werden bis 600 EUR je Ohr erstattet, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.	Hinweis: BC 30: Hörgeräte werden bis 450 EUR je Ohr erstattet, elektronische Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung. BC 20k: Hörgeräte werden bis 300 EUR je Ohr erstattet, elektronische Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.				
- Orthopädische Schuhe							
- Blindenhund o. Blindenleitgerät							
- Blindenlese-/Vorlesegerät							
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung							
- Prothesen							
- Kunstaugen							
- Orthesen							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
Monatsbeitrag:		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Sehhilfen</b>							
- Erstattung xx €		200,00 €	250,00 €	unbegrenzt	300,00 €	150,00 €	unbegrenzt
		<p>Hinweis: GK30: Versicherungsschutz besteht nach Ablauf von 2 Jahren (ab Versicherungsbeginn gerechnet) auch für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschl. der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen; die Kosten werden bis insgesamt 600 EUR je Auge erstattet.</p> <p>GK20P: Versicherungsschutz besteht nach Ablauf von 2 Jahren (ab Versicherungsbeginn gerechnet) auch für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschl. der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen; die Kosten werden bis insgesamt 400 EUR je Auge erstattet.</p>	<p>Hinweis: BC 20k, BC 30: Erstattungsfähig sind auch operative Maßnahmen zur Behebung einer Fehlsichtigkeit.</p>	<p>Hinweis: CAZ.120: Brillengestelle werden bis 36 EUR erstattet, Brillengläser und medizinisch notwendige Kontaktlinsen ohne Begrenzung. Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.</p> <p>Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) sind erstattungsfähig.</p> <p>CAZ.30: Brillengestelle werden bis 54 EUR erstattet, Brillengläser und medizinisch notwendige Kontaktlinsen ohne Begrenzung. Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.</p> <p>Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) sind erstattungsfähig.</p>		<p>Hinweis: EXKLUSIV-B30: Ab einer Sechstärke von 8,0 Dioptrien verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.</p> <p>Ab dem 4. Kalenderjahr (KJ) nach Tarifbeginn: Erstattungsanspruch für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu insgesamt 600 EUR für beide Augen. Bei Inanspruchnahme werden im entsprechenden KJ der OP und in den 5 darauffolgenden KJ keine Sehhilfen erstattet.</p> <p>Beitragszuschlag für Sehhilfen/OP zur Sehschärfenkorrektur: 10 EUR bis 7,9 Dioptrien / 20 EUR ab 8 Dioptrien - multipliziert mit dem versicherten Prozentsatz (voller Beitragszuschlag, wenn Ergänzungsstarif mitversichert)</p> <p>EXKLUSIV-B20V: Ab einer Sechstärke von 8,0 Dioptrien verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.</p> <p>Ab dem 4. Kalenderjahr (KJ) nach Tarifbeginn: Erstattungsanspruch für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu insgesamt 400 EUR für beide Augen. Bei Inanspruchnahme werden im entsprechenden KJ der OP und in den 5 darauffolgenden KJ</p>	<p>Hinweis: Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig.</p> <p>Individueller Risikuschlag, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung eine Sehhilfe benötigt wird.</p>
Vorschlag für	Erstellt durch KV Werk GmbH						
<p>Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.          levelnine PKV 3.5.3 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.403, UID: 4364942636866010145, Erstellt: 10.06.2022 10:06:37</p>							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Stationär</b>							
1-Bettzimmer			✓		⚠ Hinweis: W230, W220E: Die Kosten für die Unterbringung im 1- Bettzimmer sind abzüglich eines Eigenanteils von 50 EUR pro Krankenhaustag erstattungsfähig.	✓	✓
2-Bettzimmer	📄 Hinweis: G2B30, G2B20P: Der Versicherer übernimmt auch die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Kosten für Unterkunft/ Verpflegung im 2- Bettzimmer in voller Höhe (Beihilfebescheid ist vorzulegen).	✓ ⚠	✓	✓	✓	✓	✓
Mehrbettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
<b>Gebührenordnung Stationär</b>							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	📄 Hinweis: G2B30, G2B20P: Der Versicherer übernimmt auch die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Kosten für privatärztliche Behandlungen in voller Höhe (Beihilfebescheid ist vorzulegen).	✓ ⚠	✓	✓	✖	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
Monatsbeitrag:		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung							
				Hinweis: CG.320, CSR.30, CG.230, CSR.120: Erstattung der ortsüblichen Kosten, wenn die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt. Anderenfalls werden nur die Kostenteile erstattet, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD nicht übersteigen.	Hinweis: W230, W220E: innerhalb EU/EWR/ Schweiz: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.  außerhalb EU/EWR/ Schweiz: Der Versicherer erstattet auch die Mehrkosten, wenn er die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist. BB30, BB20E: Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung im Ausland werden sowohl innerhalb als auch außerhalb Europas die Aufwendungen der niedrigsten Preisklasse für Krankenhausleistunge n des jeweiligen Krankenhauses einschl. ärztlicher Leistungen übernommen, innerhalb der EU/des EWR jedoch mind. die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr, als die tatsächlich entstandenen		
Vorschlag für	Erstellt durch KV Werk	GmbH					
Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden. Levelnine PKV 3.5.3 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.403, UID: 4364942636866010145, Erstellt: 10.06.2022 10:06:37							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
Monatsbeitrag:		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Zahn</b>							
Zahnbehandlung %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahnersatz %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 % ⚠	50 %
						Hinweis: EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ab dem dritten Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10% p. a. - minimal auf 80%*, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und steigt um 10% p. a., max. auf 100%*, wenn eine nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftig keit bestand bzw. ein behandlungsbedürftig es Gebiss vollständig saniiert wurde. *ausgehend von 100% der versicherten Tarifstufe	
Kieferorthopädie %		50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	17 ⚠  Hinweis: BC 20k, BC 30: altersunabhängig, wenn die Kieferorthopädie - aufgrund eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalles notwendig ist oder - die Beihilfe Leistungen erbringt.	unbegrenzt	unbegrenzt	20	unbegrenzt
<b>Gebührenordnung Zahn</b>							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	🟢	🟢	🔴	🟢	🔴	🔴	🟢

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
Monatsbeitrag:		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung							
				Hinweis: CAZ.120, CAZ.30: Erstattung der ortsüblichen Kosten, wenn die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt. Anderenfalls werden nur die Kostenteile erstattet, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD nicht übersteigen.	Hinweis: BB30, BB20E: innerhalb EU/EWR/ Schweiz: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.  außerhalb EU/EWR/ Schweiz: Der Versicherer erstattet auch die Mehrkosten, wenn er die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist.		
<b>Zahn</b>							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, (orts-)übl. Preise/ angemessene Erstattung							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
Monatsbeitrag:		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Summenbegrenzung max. ... Jahre		2	0	4	0	0	0
		Hinweis: GK30, GK20P: individuelle Zahnstaffel - Begrenzung der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge - bei 2 fehlenden Zähnen auf 250 EUR im 1. Kalenderjahr (Kj.), 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. - bei 3 fehlenden Zähnen auf 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj.				Hinweis: EXKLUSIV- B30, EXKLUSIV-B20V: Vereinbarung einer Zahnstaffel (für zahnärztliche Leistungen und kieferorthopädische Behandlungen), in Abhängigkeit von der Anzahl der fehlenden/ ersetzten Zähne (s. Antrag)	Hinweis: Vereinbarung einer Zahnstaffel (für Zahnbehandlung, Zahnersatz, KFO), in Abhängigkeit von der Anzahl der fehlenden/ ersetzten Zähne (s. Antrag)
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall							
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage							
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen							
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung							
- sonstiges							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>							
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2022	2019	2016	2021		
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		0	0	0	0		
- Markteinführung BiSex- "Vorgängertarif" (Jahr):		2013	2013	1976			
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>							
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre							
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre		✓	✓		✓	✓	✓
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"							
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		3		3	4	4	4
Kinder alleine versicherbar ab Alter		0		0	7	4	4

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

		Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
	Kundenwunsch	GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
Monatsbeitrag:		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Ausland</b>							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt	12	unbegrenzt	6	12	12
		Hinweis: GK30, GK20P: außereuropäisches Ausland: Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn die private Pflegepflichtversiche- rung während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird. Anderenfalls besteht während des 1. Monats ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.					
- Rücktransport aus dem Ausland							
- Wohnsitzverlegung EU/ EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt							
- Wohnsitzverlegung EU/ EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt							
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland							
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>							
Optionsrecht auf Höherversicherung							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		3	1	2	3	2	
- anlassbezogenes Optionsrecht							
- 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 ...		unbegrenzt	unbegrenzt	50	50	unbegrenzt	
<b>- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))</b>							
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)							
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?					Hinweis: CG.320, CG.230: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.		Hinweis: EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.
- ambulante Anschlussreha							
- stationäre Anschlussreha							
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen							
		Hinweis: GK30, GK20P: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.					
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen							
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
Monatsbeitrag:		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen		✓ ⚠ Hinweis: GK30, GK20P: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✓				
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>							
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen		✓	✓	✓	✓		
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓ ⚠ Hinweis: GK30, GK20P: Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Samenzellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).	✓	✓ ⚠ Hinweis: CAZ.120, CAZ.30: auch mitversichert, nach vorheriger schriftlicher Zusage: Aufwendungen* für eine einmalige Kryokonservierung, wenn der Versicherte eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und Leistungen für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung beanspruchen könnte.  * Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, Transport, Einfrieren, Lagerung (nur, solange ein Leistungsanspruch für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung besteht), späteres Auftauen von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe	✓	✓	✓
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)		✓		✓		✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung		✓		✓			
- Beitragsrückerstattung (BRE) garantiert							
- BRE mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		1	2	1	1	2	1
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss		✓	✓			✓	
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	👍	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung	👍	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Verbesserte Kriegsklausel	👍	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		1	2	2	2	2	2
sonstiges						✓	✓
<b>Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)</b>							
Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- allgemeine Tarif-/ Erstattungshinweise des Versicherers	👍	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Auslandsreise-KV (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	👍	✓	✓	✗	✓	✓	✗
- Ausland: Rücktransport / Überführung	👍	✓	✗	✗	✓	✓	✓
- Heilpraktiker, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/des GebüH	👍	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung nicht beihilfefähiger Hilfsmittel u./o. keine Begrenzung auf beihilfefähige Höhe	👍	✓	✓	✗	✓	✓	✓
- Sehhilfen	👍	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Schutzimpfungen	👍	✓	✓	✗	✓	✓	✓
- Kuren ambulant (VR bietet ggf. gesonderten Kurtarif an)	👍	✓	✓	✗	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
		GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
Monatsbeitrag:		332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Differenzkosten 1-Bettzimmer (zu 2-Bettzimmer)		 Hinweis: über G1B versicherbar		 Hinweis: über CSD. versicherbar		 Hinweis: über EXKLUSIV-BE-S xx oder EXKLUSIV-BW 100 versicherbar	
- GOÄ stationär > 3,5 fach							
- Kuren stationär (VR bietet ggf. gesonderten Kurtarif an)							
- Zahn: Restkosten Material-/Laborkosten		 Hinweis: Summenbegrenzung (Zahnstaffel) für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung (analog Grundtarif).	 Hinweis: Erstattungshöchstbeträge: - 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren (entfällt für unfallbedingte Maßnahmen) - 6.000 EUR p. a. ab dem 3. Kalenderjahr.	 Hinweis: Es gelten folgende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge: 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 2.000 EUR im 1. bis 2. KJ, 3.000 EUR im 1. bis 3. KJ, 4.000 EUR im 1. bis 4. KJ, 5.000 EUR im 1. bis 5. KJ, 5.000 EUR jährlich ab dem 6. KJ. Summenbegrenzung entfällt für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.			 Hinweis: Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 3.300 EUR im 1. Versicherungsjahr (VJ = Kalenderjahr) - 4.950 EUR im 2. VJ - 6.600 EUR im 3. VJ - 8.250 EUR ab 4. VJ. Bei unfallbedingten Behandlungen in den ersten 3 VJ gilt der Höchstsatz für das 4. VJ.
- Sonstiges							

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Selbstbeteiligung (SB)</b>						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ GK30, GK20P: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BC 20k, BC 30: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BB30, BB20E: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ GK30, GK20P: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ BC 20k, BC 30: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ CAZ.120, CAZ.30: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ BB30, BB20E: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).
- Selbstbehalt nur ambulant?	✔ GK30, GK20P: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BC 20k, BC 30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BB30, BB20E: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- prozentualer Selbstbehalt?	✔ GK30, GK20P: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BC 20k, BC 30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ BB30, BB20E: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ GK30, GK20P: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ BC 30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. BC 20k: Tarif erst ab Alter 20 versicherbar - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ CAZ.120, CAZ.30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ BB30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. BB20E: Tarif nicht für Kinder - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ GK30, GK20P: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ BC 20k, BC 30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ BB30, BB20E: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
<b>Haus-/Primärarztprinzip</b>						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ GK30, GK20P: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ BC 20k, BC 30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ BB30, BB20E: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ GK30, GK20P: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BB30, BB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-B20V: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ GK30, GK20P: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BB30, BB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-B20V: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ GK30, GK20P: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BB30, BB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-B20V: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ GK30, GK20P: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BB30, BB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-B20V: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ GK30, GK20P: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BC 20k, BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ BB30, BB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-B20V: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	✔ GK20P: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). GK30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	✔ BC 20k: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). BC 30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	✔ CAZ.120: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). CAZ.30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	✔ BB20E: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). BB30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	✔ EXKLUSIV-BW 20V: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden. EXKLUSIV-B20V: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). EXKLUSIV-B30: Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Gebührenordnung ambulant</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ GK30, GK20P: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ BC 20k, BC 30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ BB30, BB20E: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt (im Ausland gilt bei akuter Behandlung keine Begrenzung).	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ GK30, GK20P: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✘ BC 20k, BC 30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✘ BB30, BB20E: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✘ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine bedingungsseitige Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. Es werden laut Tarif aber nur die beihilfefähigen Aufwendungen erstattet (Hinweis: Die Beihilfe leistet in der Regel nicht bei Überschreiten des Höchstsatzes (Honorarvereinbarung)). Über den Tarif BE können diese Kosten abgesichert werden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ GK30, GK20P: Ja. Gebühren werden im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattet.	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✘ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: CAZ.120, CAZ.30: Erstattung der ortsüblichen Kosten, wenn die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt. Anderenfalls werden nur die Kostenteile erstattet, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD nicht übersteigen.	✘ BB30, BB20E: außerhalb EU/EWR/Schweiz: Nicht erstattungsfähig sind Mehrkosten für eine Behandlung im Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt zum Zweck der Heilbehandlung erfolgt. Als Mehrkosten gelten diejenigen Kostenanteile, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland nicht angefallen wären. Dies gilt entsprechend auch für Entbindungen. Hinweis: BB30, BB20E: innerhalb EU/EWR/Schweiz: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.  außerhalb EU/EWR/Schweiz: Der Versicherer erstattet auch die Mehrkosten, wenn er die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist.	✘ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Erstattungsfähig sind, im tariflichen Umfang, die beihilfefähigen Kosten (Hinweis: Die Beihilfe sieht in der Regel keine Leistungen bei gezielter Auslandsbehandlung vor). Über den Tarif BE können diese Kosten abgesichert werden.
<b>Heilpraktiker</b>						
- Heilpraktiker	✔ GK30, GK20P: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.  Es können auch Heilpraktiker mit einer beschränkten Zulassung (sektorale Heilpraktiker), z. B. für den Bereich Physiotherapie, in Anspruch genommen werden.	✔ BC 20k, BC 30: Heilpraktikerleistungen (sämtliche Verrichtungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)) sind erstattungsfähig. Hinweis: BC 20k, BC 30: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	✔ GK30, GK20P: Heilpraktikerleistungen einschl. der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil*- und Verbandmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.  * Gebühren für von nichtärztlichen Leistungserbringern durchgeführte Heilmittel sind bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BB30, BB20E: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Heilpraktikerleistungen werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis:	✔ Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BeB.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ GK30, GK20P: Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.	✔ BC 20k, BC 30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30: Heilpraktikerleistungen werden bis zu 600 EUR im Kalenderjahr erstattet. EXKLUSIV-B20V: Heilpraktikerleistungen werden bis zu 400 EUR im Kalenderjahr erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- mind. bis zum Höchstsatz GebÜH erstattungsfähig?	✔ GK30, GK20P: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind auch über die Höchstsätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des GebÜH erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebÜH erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebÜH erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebÜH erstattungsfähig.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	✔ GK30, GK20P: Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland- Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im GebÜH aufgeführt sind (die erstattungsfähigen Naturheilverfahren sind im Anhang zu den Bedingungen, Teil III aufgelistet).	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Erstattet werden auch von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland- Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind.	CAZ.120, CAZ.30: 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.	BB30, BB20E: 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.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.	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 erfolgversprechend bewährt haben.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	✔ GK30, GK20P: Versichert sind Naturheilverfahren durch Ärzte. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland- Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im GebÜH aufgeführt sind (die erstattungsfähigen Naturheilverfahren sind im Anhang zu den Bedingungen, Teil III aufgelistet).	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Erstattet werden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Arznei und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland- Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen - bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.	CAZ.120, CAZ.30: 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.	BB30, BB20E: 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.	EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: 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.	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 erfolgversprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.
<b>Vorsorge</b>						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔ GK30, GK20P: Versichert sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.	✔ BC 20k, BC 30: Erstattet werden gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen - ohne die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle.  Ersetzt werden auch Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Vorsorge während der Schwangerschaft (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest sowie Triple-/Quadruple- Test).	✔ CAZ.120, CAZ.30: Vorsorgeuntersuchungen sind - altersunabhängig - auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Ja. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen).	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.	✔ Als Vorsorgeuntersuchung gilt auch jede andere gezielte auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtete und medizinisch notwendige ambulante Untersuchung. Für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (einschließlich Vorsorgeuntersuchungen) in Diagnose-Zentren bzw. -Kliniken, in Ambulatorien und in ähnlichen Einrichtungen leistet der Deutsche Ring, wenn und soweit er dies vorher schriftlich zugesagt hat.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Schutzimpfungen?	<p>✓ GK30, GK20P: Versichert sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (einschl. reise- und berufsbedingter Schutzimpfungen). Erstattet werden z. B. die Kosten für Schutzimpfungen gem. den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission/STIKO beim Robert-Koch-Institut/RKI (z. B. Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis, Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe).</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Erstattet werden Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen sowie für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Ja. Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Schutzimpfungen einschl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen. Als medizinisch notwendige Schutzimpfungen gelten insbesondere diejenigen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts empfohlen werden.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind Standard-, Regel- und Auffrischungsimpfungen einschließlich der Impfstoffe. Dies gilt auch dann, wenn diese Impfungen im Zusammenhang mit einer Auslandsreise stehen.</p>
<b>Heilmittel</b>						
- Heilmittel-Definition	<p>✓ GK30, GK20P: Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie (stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutische Behandlungen) - Ergotherapie - Podologie (- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Teil I, AVB/IV: Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. Krankengymnastik, Massagen und medizinische Bäder), der podologischen Therapie, der Osteopathie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Maßnahmen der Ergotherapie.  Teil II, Tarif BeihilfeCOMFORT: Der Versicherte erstattet Aufwendungen für Heilmittel bis zu den beihilfefähigen Höchstätzen des Bundes. Hierzu gehören z. B. Physiotherapie (Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder), Logopädie, Ergotherapie, Podologie und Osteopathie.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie (abschließende Aufzählung) - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Ernährungstherapie (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler) (- physiotherapeutische Palliativversorgung, sofern Aufwendungen nicht bereits von SAPV umfasst) (- Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik) (- Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer - nach vorheriger schriftlicher Zusage)</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie (abschließende Aufzählung) - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Ernährungstherapie (- Schwangerschaftsgymnastik (ohne Geburtsvorbereitungskurse) (- ambulante Behandlung* von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und Frühförderstellen)  * sofern Vergütungspauschalen nach einem Versorgungsvertrag der GKV berechnet werden; kein Anspruch, soweit - die zuständige Beihilfestelle ausgenommen - ein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Erstattungsfähig sind: - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Heilmittel/Therapien: Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältherapie und Wärmebehandlung (- Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)</p>	<p>✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie (einschl. Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik) - Logopädie - Ergotherapie - Podologie</p>
- Erstattung von Heilmitteln in %?	<p>✓ GK30, GK20P: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Erstattungsfähige Heilmittel sowie Logopädie, Ergotherapie und Podologie werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>	<p>✓ Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p>
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	<p>✓ GK30, GK20P: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	<p>✓ GK30, GK20P: Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>✓ Keine unüblichen Beschränkungen.</p>
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfesätze?	<p>✓ GK30, GK20P: Gebühren für von nichtärztlichen Leistungserbringern durchgeführte Heilmittel sind bis zum 1,1-fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.</p>	<p>BC 20k, BC 30: Nein. Heilmittel werden bis zu den beihilfefähigen Höchstätzen des Bundes erstattet.</p>	<p>CAZ.120, CAZ.30: Nein. Erstattungsfähig sind die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Heilmittel - bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.</p>	<p>BB30, BB20E: Ja.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungs-gemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherte Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.</p>	<p>EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungs-gemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherte Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen. Hinweis: EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Logopädie, Ergotherapie: bis beihilfefähige Höchstbeträge</p>	<p>Nein. Erstattungsfähig sind die beihilfefähigen Kosten für Heilmittel.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-) übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?	Keine Leistung vorhanden.			✓ BB30, BB20E: Ja.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungs-gemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungs-gemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
- Logopädie	✓ GK30, GK20P: Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ BC 20k, BC 30: Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ CAZ.120, CAZ.30: Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ BB30, BB20E: Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Leistungen des Logopäden werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbehilfverordnung (BBhV) festgelegten Höchstbeträgen erstattet.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✓ GK30, GK20P: Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ BC 20k, BC 30: Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ CAZ.120, CAZ.30: Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ BB30, BB20E: Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Leistungen des Ergotherapeuten werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbehilfverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel</b>						
Hilfsmittel	✓ GK30, GK20P: Versichert sind - ärztlich verordnete - technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, z. B.: Prothesen, Epithesen und Haarsersatz, Behandlungs- und Kontrollgeräte, orthopädische Schuhe und Schurzrichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inkl. Gebärdendolmetscher und Schriftendolmetscher), künstliche Ernährung, Blindenführer sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Erstattet werden die Kosten für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.  Nicht mitversichert sind Gegenstände mit geringerem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, Bestrahlungsgeräte, TENS-Geräte, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel, nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, Unterhaltungs- und Betriebskosten (Ausnahme: Spezialbatterien, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können).	✓ BC 20k, BC 30: Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine bestehende Behinderung oder Unfallfolge zu mildern oder auszugleichen oder die erforderlich sind, um Leben zu erhalten. Als Hilfsmittel zählen auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.  Erstattet werden u. a. Geh- und Stehhilfen, orthopädische Schienen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutdruck- und Blutdruckmessgeräte ; weitere Hilfsmittel s. nachfolgende Leistungspunkte. Darüber hinaus ersetzt der Versicherer Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe (z. B. Gebärdendolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern diese für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.	✓ CAZ.120, CAZ.30: Erstattungsfähig sind Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke), - die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen, - die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte), - die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel).  Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.	✓ BB30, BB20E: Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel einschl. Körperersatzstücke sowie Behandlungs- und Kontrollgeräte sind erstattungsfähig. Zu den Hilfsmitteln zählen auch Blindenhunde einschl. erforderlicher Trainingsmaßnahmen.  Nicht erstattungsfähig: Unterhaltungs- und Betriebskosten von Hilfsmitteln, sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, die unabhängig von einer bestehenden Erkrankung üblicherweise in einem Haushalt vorhanden sind.  Als kleine Hilfsmittel gelten Sehhilfen, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe, Gehhilfen.  Leistungen für das jeweilige Hilfsmittel werden im Kalenderjahr höchstens einmal gewährt. Aufwendungen für medizinisch notwendige Anschaffung, Wiederbeschaffung, Unterweisung im Gebrauch und Reparatur von sonstigen Hilfsmitteln, Behandlungs- und Kontrollgeräten sind ohne Begrenzung der Anzahl erstattungsfähig.	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Hilfsmittel sind erstattungsfähig, sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.	✓ Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✓ GK30, GK20P: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ BC 20k, BC 30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ CAZ.120, CAZ.30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ BB30, BB20E: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ GK30, GK20P: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ BC 20k, BC 30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ BB30, BB20E: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Keine separate Selbstbeteiligung. Ggf. fällt eine Zuzahlung an, sofern Hilfsmittel, die mehr als 1.000 EUR kosten, nicht vorab vom Versicherer zugesagt wurden (s. "keine Beschränkung der Bezugsart/Zusageerfordernis").	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- offener Hilfsmittelkatalog?	✔ GK30, GK20P: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ BC 20k, BC 30: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ BB30, BB20E: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✔ GK30, GK20P: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ BC 20k, BC 30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ BB30, BB20E: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ PIT50-U, BK50-U: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	✔ GK30, GK20P: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ BC 20k, BC 30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ BB30, BB20E: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ GK30, GK20P: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.  Bei Hilfsmitteln - insbesondere bei kostenintensiven Hilfsmitteln - empfiehlt der Versicherer, ihm vor Bezug einen Kostenvoranschlag vorzulegen.	✔ BC 20k, BC 30: Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich (Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaaren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden).  Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice. Er empfiehlt daher, ihm bei Hilfsmitteln ab einem Rechnungsbetrag von 350 EUR vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.	✔ BB30, BB20E: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	✘ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Bei mehr als einmaligem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art im Kalenderjahr und/oder bei Hilfsmitteln mit einem Kaufpreis von mehr als 1.000 EUR ist eine vorherige Zusage erforderlich (auch bei deren Wartung und Reparatur). Wird bei den Hilfsmitteln, die mehr als 1.000 EUR kosten, keine Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ GK30, GK20P: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ GK30, GK20P: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ GK30, GK20P: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ GK30, GK20P: Kosten für Systeme zur Heimdialyse sind erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-)Begrenzung?	✔ GK30, GK20P: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: GK20P: Hörgeräte werden bis 400 EUR je Ohr erstattet, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung. GK30: Hörgeräte werden bis 600 EUR je Ohr erstattet, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: BC 30: Hörgeräte werden bis 450 EUR je Ohr erstattet, elektronische Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung. BC 20k: Hörgeräte werden bis 300 EUR je Ohr erstattet, elektronische Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Orthopädische Schuhe?	✔ GK30, GK20P: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen sind erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig (jedoch keine Reparaturen von Sohlen und Absätzen).	✔ BB30, BB20E: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ GK30, GK20P: Die Kosten für ein Blindenführer (Anschaffung einschl. erforderlicher Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig (explizit in den Bedingungen genannt).	✔ BB30, BB20E: Die Kosten für einen Blindenhund (einschl. erforderlicher Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung) sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ GK30, GK20P: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✔ GK30, GK20P: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ CAZ.120, CAZ.30: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ BB30, BB20E: Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ GK30, GK20P: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.
- Kunstaugen?	✔ GK30, GK20P: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben- OP)?	✔ GK30, GK20P: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✔ BC 20k, BC 30: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Ja, Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Sehhilfen</b>						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	 GK20P: Sehhilfen (auch Sonnenbrillen mit Sehstärke), Brillenreparaturen und Kontaktlinsen werden bis 80 EUR erstattet (Optikerrechnung mit Angabe der Dioptrienwerte reicht aus, keine augenärztliche Verordnung erforderlich). GK30: Sehhilfen (auch Sonnenbrillen mit Sehstärke), Brillenreparaturen und Kontaktlinsen werden bis 278 EUR erstattet (Optikerrechnung mit Angabe der Dioptrienwerte reicht aus, keine augenärztliche Verordnung erforderlich). Hinweis: GK30: Versicherungsschutz besteht nach Ablauf von 2 Jahren (ab Versicherungsbeginn gerechnet) auch für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschl. der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen; die Kosten werden bis insgesamt 600 EUR je Auge erstattet. GK20P: Versicherungsschutz besteht nach Ablauf von 2 Jahren (ab Versicherungsbeginn gerechnet) auch für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschl. der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen; die Kosten werden bis insgesamt 400 EUR je Auge erstattet.	 BC 30: Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) werden bis 150 EUR erstattet. Darüber hinaus werden auch die Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker übernommen. BC 20k: Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) werden bis 100 EUR erstattet. Darüber hinaus werden auch die Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker übernommen. Hinweis: BC 20k, BC 30: Erstattungsfähig sind auch operative Maßnahmen zur Behebung einer Fehlsichtigkeit.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: CAZ.120: Brillengestelle werden bis 36 EUR erstattet, Brillengläser und medizinisch notwendige Kontaktlinsen ohne Begrenzung. Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.  Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) sind erstattungsfähig. CAZ.30: Brillengestelle werden bis 54 EUR erstattet, Brillengläser und medizinisch notwendige Kontaktlinsen ohne Begrenzung. Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.  Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) sind erstattungsfähig.	 BB20E: Sehhilfen werden bis 120 EUR erstattet; auch ohne ärztliche Verordnung, sofern sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden. BB30: Sehhilfen werden bis 180 EUR erstattet; auch ohne ärztliche Verordnung, sofern sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden.	 EXKLUSIV-B20V: Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 60 EUR erstattet. EXKLUSIV-B30: Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 90 EUR erstattet. Hinweis: EXKLUSIV-B30: Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.  Ab dem 4. Kalenderjahr (KJ) nach Tarifbeginn: Erstattungsanspruch für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu insgesamt 600 EUR für beide Augen. Bei Inanspruchnahme werden im entsprechenden KJ der OP und in den 5 darauffolgenden KJ keine Sehhilfen erstattet.  Beitragszuschlag für Sehhilfen/OP zur Sehschärfenkorrektur: 10 EUR bis 7,9 Dioptrien / 20 EUR ab 8 Dioptrien - multipliziert mit dem versicherten Prozentsatz (voller Beitragszuschlag, wenn Ergänzungstarif mitversichert) EXKLUSIV-B20V: Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.  Ab dem 4. Kalenderjahr (KJ) nach Tarifbeginn: Erstattungsanspruch für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu insgesamt 400 EUR für beide Augen. Bei Inanspruchnahme werden im entsprechenden KJ der OP und in den 5 darauffolgenden KJ keine Sehhilfen erstattet.  Beitragszuschlag für Sehhilfen/OP zur Sehschärfenkorrektur: 10 EUR bis 7,9 Dioptrien / 20 EUR ab 8 Dioptrien - multipliziert mit dem versicherten Prozentsatz (voller Beitragszuschlag, wenn Ergänzungstarif mitversichert)	 Sehhilfen (Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen) werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig.  Individueller Risikouschlag, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung eine Sehhilfe benötigt wird.
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	 GK30, GK20P: Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach 2 Kalenderjahren; bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mind. 0,5 Dioptrien auch früher.	 BC 20k, BC 30: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	 CAZ.120, CAZ.30: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	 BB30, BB20E: Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren gerechnet ab Versicherungsbeginn erstattungsfähig.	 EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.	 Brillen sind erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.
<b>Psychotherapie</b>						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	 GK30, GK20P: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	 BC 20k, BC 30: Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Hinweis: BC 20k, BC 30: Sofern die Beihilfe Leistungen erbringt, werden auch mehr als 50 Sitzungen übernommen.	 CAZ.120, CAZ.30: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	 BB30, BB20E: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	 EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	 Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	 GK30, GK20P: Keine unüblichen Einschränkungen.	 BC 20k, BC 30: Keine unüblichen Einschränkungen.	 CAZ.120, CAZ.30: Keine unüblichen Einschränkungen.	 BB30, BB20E: Keine unüblichen Einschränkungen.	 EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Keine unüblichen Einschränkungen.	 Keine unüblichen Einschränkungen.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✔ GK30, GK20P: Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Es sind alle 50 Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: 30 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.	✔ 30 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.
<b>Ambulante Transporte</b>						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ GK30, GK20P: Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.  Für alle Fahrten (s. auch nachfolgende Leistungspunkte) gilt: Werden sie mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, wird ein Kilometersatz zugrunde gelegt, der in der jeweils gültigen Fassung des § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetzes geregelt ist.	✔ BC 20k, BC 30: Bei schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse) werden nachgewiesene Fahrtkosten zur ambulanten Heilbehandlung bis zu 50 EUR Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt erstattet.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei Dialyse, Tiefenbestrahlung oder Chemotherapie sind erstattungsfähig. Bei Transporten muss/müssen während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sein.	✔ BB30, BB20E: Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport des Versicherten vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, bei Gehunfähigkeit sind die Kosten medizinischer Transporte (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✔ Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie sind erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✔ GK30, GK20P: Fahrten bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit zum und vom Arzt oder Krankenhaus sind erstattungsfähig. Hinweis: GK30, GK20P: Erstattungsfähig sind auch Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) vorliegt - Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	✔ BC 20k, BC 30: Bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit werden nachgewiesene Fahrtkosten zur ambulanten Heilbehandlung bis zu 50 EUR Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt erstattet.	⚠ CAZ.120, CAZ.30: Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt, Krankenhaus oder AHB-Einrichtung sowie zur und von der nächst erreichbaren geeigneten Heilmittelanwendung bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig. Bei Transporten muss/müssen während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sein. Hinweis: CAZ.120, CAZ.30: Erstattungsfähig sind auch Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei ambulanten Operationen am Tag der Operation, sofern eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr aus medizinischen Gründen nicht erfolgen kann.	✔ BB30, BB20E: Ja, Erstattungsfähig sind Transporte (auch Krankenfahrten) zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, bei Gehunfähigkeit sind die Kosten medizinischer Transporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt erstattungsfähig.	✔ Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeigneten Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	✖ GK30, GK20P: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✖ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: BC 20k, BC 30: Kosten für einen medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus werden erstattet, wenn eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.	✖ CAZ.120, CAZ.30: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind bei Gehfähigkeit nicht erstattungsfähig.	✖ BB30, BB20E: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✖ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig (nur bei Gehunfähigkeit).	✖ PIT50-U, BK50-U: Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?	✔ GK30, GK20P: Ja, Notwendige Transporte zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall sind erstattungsfähig (und auch Einsatzpauschalen inkl. Wegegeld für Notarztzeitsätze).	✔ BC 20k, BC 30: Der Versicherer erstattet Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge zum Arzt oder Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei Notfällen sind erstattungsfähig. Bei Transporten muss/müssen während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sein.	✔ BB30, BB20E: Ja, Erstattungsfähig sind Transporte (auch Krankenfahrten) zu und von einer ambulanten Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls oder eines medizinischen Notfalls zur Erstversorgung.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	 GK30, GK20P:  Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: GK30, GK20P: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	 BC 20k, BC 30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 CAZ.120, CAZ.30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 BB30, BB20E:  Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: BB30, BB20E: Erstattungsfähig sind auch Harn- und Blutteststreifen, notwendige Sensoren zur kontinuierlichen Blutzuckermessung.	 EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 BE plus-U: Erstattungsfähig sind nach Vorlage des entsprechenden vollständigen Beihilfebescheides die Kosten für von Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. BK50-U: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	 GK30, GK20P: Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.  Sonstige Nahrungsmittel (und Stärkungsmittel) sind nicht erstattungsfähig.	 BC 20k, BC 30: Ja. Erstattungsfähig sind folgende diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke: - Bilanzierte Diäten zur Behandlung von Krankheiten, wenn ohne diese Präparate schwere gesundheitliche Schäden eintreten, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose - Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten (Trinknahrung) zur enteralen Ernährung - Elementardiäten (Trinknahrung) bei Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres, wenn eine Kuhmilchweißallergie vorliegt oder diese zur diagnostischen Abklärung bei Neurodermitis dienen.  Mittel oder Produkte, deren Wirkstoffe hauptsächlich Mikronährstoffe sind und der parenteralen Ernährung dienen, sind ebenfalls erstattungsfähig.	 CAZ.120, CAZ.30: Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden. Der Versicherer bietet Unterstützung beim Bezug dieser Nahrungsmittel an.	 BB30, BB20E: Ja. Medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zwingend erforderlich sind, werden erstattet.  Erstattungsfähig sind auch Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung.	 EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Nein, medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig.  Erstattungsfähig sind Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	 Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig.  Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung (parenterale und enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.
<b>sonstiges</b>						
- medizinische Versorgungszentren?	 GK30, GK20P: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren (und Diagnosezentren sowie sozialpädiatrischen Zentren).	 BC 20k, BC 30: Ja. Die ambulante Behandlung in Krankenhaus- und Notfallambulanzen ist erstattungsfähig.	 CAZ.120, CAZ.30: Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 BB30, BB20E: Ja, die Behandlung durch Ärzte in auch zur Versorgung von GKV-Versicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 BK50-U: Die Kosten für ärztliche Untersuchungen in Krankenhausambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren werden im tariflichen Umfang erstattet, sofern die Zentren über eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verfügen, die Abrechnung nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen erfolgt. PIT50-U: Nein, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist nicht erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	 GK30, GK20P: Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	 BC 20k, BC 30: Ja. Behandlungen in Krankenhausambulanzen (sowie ambulanten Operationszentren) sind erstattungsfähig.	 CAZ.120, CAZ.30: Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	 BB30, BB20E: Ja, die Behandlung durch Ärzte in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	 EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	 PIT50-U, BK50-U: Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BeB.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	<p>✓ GK30, GK20P: Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung), Unterstützungspflege). Die Leistungsvoraussetzungen/Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Ja. Die Kosten für ärztlich verordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) sind erstattungsfähig - maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden übernommen, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung (nach § 36 SGB XI), endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (bestehend aus medizinischer Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung).</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (krankheitsspezifische medizinische Leistungen, die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans und auf die Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung bestehender Krankheit oder Beschwerden gerichtet sind (z. B. Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen)) durch geeignete Pflegefachkräfte ist erstattungsfähig, soweit sie nach einer Vereinbarung, die der Leistungserbringer mit einer GKV geschlossen hat, abgerechnet werden; mindestens erstattungsfähig sind die jeweils beihilfefähigen Vergütungssätze.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.</p>	<p>✓ PIT50-U: Nein, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind nicht erstattungsfähig. BK50-U: Ja, Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.</p>
- Palliativversorgung?	<p>✓ GK30, GK20P: Versichert sind die Kosten für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV), die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen.  Die SAPV dient dem Ziel, eine Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung (umfasst auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime) zu ermöglichen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nichtheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und durch die begrenzte Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.  Gebühren werden bis zu der Höhe anerkannt, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Ja. Ambulante Palliativversorgung (gem. § 37 b SGB V) ist erstattungsfähig, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag (nach § 132 d SGB V) verfügen.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Die erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung werden analog des versicherten Prozentsatzes bis zu der Höhe des Betrags erstattet, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre, wenn  - die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und - eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist.  Anspruch auf Erstattung unter den o. g. Voraussetzungen haben auch Versicherte in Altersheimen, stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und zugleich begrenzter Lebenserwartung sind Aufwendungen für ärztlich verordnete palliativ-medizinische Leistungen (insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle) einschl. ihrer Koordination erstattungsfähig, wenn sie von geeigneten Fachkräften palliativ-medizinischer Einrichtungen erbracht werden. Dies umfasst auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Erstattungsfähig sind die Kosten für Leistungen, die entsprechend der Vereinbarung, die der Leistungserbringer mit einer GKV geschlossen hat, abgerechnet werden, mindestens jedoch in Höhe der jeweils beihilfefähigen Vergütungssätze.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja. Im Rahmen der Sterbebegleitung werden die Kosten der ambulanten Palliativversorgung erstattet, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen und die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen nicht überschritten werden.</p>	<p>✓ Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen.</p>

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Kurleistung ambulant</b>						
- Kuren ambulant?	<p>✔ GK30: Kostenerstattung bei ambulanten (und stationären) Kuren in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (gemischte Krankenanstalt, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen</li> <li>- Arznei- und Verbandmittel</li> <li>- Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen)</li> <li>- Kurplan</li> <li>- Kurtaxe, einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren - analog des versicherten Prozentsatzes; Unterbringungskosten werden nicht übernommen.</li> </ul> <p>Zahlung eines Kurtagegeldes von 100 EUR (unabhängig vom versicherten Prozentsatz) für max. 28 Tage, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die versicherte Person vor der Kur mind. 5 Tage stationär im Krankenhaus behandelt werden musste</li> <li>- die Kur spätestens 6 Monate nach Ende des Aufenthaltes im Krankenhaus begonnen hat</li> <li>- die Kur vom behandelnden Krankenhausarzt aus medizinischen Gründen verordnet und</li> <li>- unter ständiger ärztlicher Kontrolle durchgeführt wurde.</li> </ul> <p>Die Dauer der Kur ist entsprechend nachzuweisen.</p> <p>GK20P: Kostenerstattung bei ambulanten (und stationären) Kuren in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (gemischte Krankenanstalt, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen</li> <li>- Arznei- und Verbandmittel</li> <li>- Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen)</li> <li>- Kurplan</li> <li>- Kurtaxe, einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren - analog des versicherten Prozentsatzes; Unterbringungskosten werden nicht übernommen.</li> </ul> <p>Zahlung eines Kurtagegeldes: volle Leistung aus Tarif GK30, s. dort</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Bei einer ärztlich verordneten Kur werden ärztliche Leistungen, Arzneimittel sowie Aufwendungen für Heilmittel erstattet, aber keine Unterbringungs- und Verpflegungskosten.</p>	<p>✔ CAZ.30: Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder in wohnortnahen Einrichtungen sowie Kuren in einem Heilbad oder Kurort werden alle versicherten Leistungen (Arztbehandlungen, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel etc.) sowie Kurtaxe und Kurplan erstattet, wenn die Maßnahmen notwendig sind, um Krankheiten bzw. deren Verschlimmerung zu vermeiden oder zu verhüten oder um die Dienstfähigkeit des Versicherten wiederherzustellen oder zu erhalten.</p> <p>Für Unterkunft und Verpflegung wird bei Kuren in einem Heilbad oder Kurort als Zuschuss ein Tagegeld von 9 EUR - für max. 28 Tage - gezahlt, wenn eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort nicht ausreichend sind. Ein erneuter Anspruch besteht jeweils frühestens im dritten darauf folgenden Kalenderjahr, es sei denn, es ist aus medizinischen Gründen eine Maßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.</p> <p>CAZ.120: Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder in wohnortnahen Einrichtungen sowie Kuren in einem Heilbad oder Kurort werden alle versicherten Leistungen (Arztbehandlungen, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel etc.) sowie Kurtaxe und Kurplan erstattet, wenn die Maßnahmen notwendig sind, um Krankheiten bzw. deren Verschlimmerung zu vermeiden oder zu verhüten oder um die Dienstfähigkeit des Versicherten wiederherzustellen oder zu erhalten.</p> <p>Für Unterkunft und Verpflegung wird bei Kuren in einem Heilbad oder Kurort als Zuschuss ein Tagegeld von 6 EUR - für max. 28 Tage - gezahlt, wenn eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort nicht ausreichend sind. Ein erneuter Anspruch besteht jeweils frühestens im dritten darauf folgenden Kalenderjahr, es sei denn, es ist aus medizinischen Gründen eine Maßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Erstattungsfähig sind je Kur die Aufwendungen für ärztliche Leistungen (einschl. Kurplan) sowie Arznei- und Heilmittelversorgung bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.800 EUR. Erstmöglicher Anspruch nach einer Versicherungsdauer von mind. 3 Versicherungsjahren, danach jeweils nach Ablauf von 3 Versicherungsjahren seit Abschluss der letzten Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung. Medizinische Notwendigkeit muss dem Versicherer vor Kurantritt durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Bei Aufenthalt in Kurorten sowie in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen, sind die Kosten für ambulante Heilbehandlungen einschließlich Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel berücksichtigungsfähig. Voraussetzung für die Erbringung der Leistungen ist die Vorlage einer Bescheinigung des Hausarztes über die medizinische Notwendigkeit der Kur und des Abschlussberichtes des Kurarztes. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Kurtaxe, Unterbringung, Verpflegung und Fahrtkosten.</p>	<p>✔ Bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind Kosten für die ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel erstattungsfähig.</p>
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	<p>✔ GK30, GK20P: 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>✔ BC 20k, BC 30: Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p>	<p>✔ CAZ.120, CAZ.30: 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>✔ BB30, BB20E: Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p>	<p>✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Ambulant</b>						
Sonstiges	<p>✓ GK30, GK20P: Weitere Leistungen: - ärztlich verordnete Patientenschulungen (Erst- und Folgeschulungen) für chronisch Kranke (z. B. für Diabetiker oder Asthmatiker) - ärztliche verordnete Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit/Verletzung, Krankenhausbehandlung, Schwangerschaft, Entbindung: bis 50 EUR pro Tag, max. 50 Tage p. a. - Sozialpädiatrie und Frühförderung* - sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen* - Soziotherapie: bis 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren (schriftliche Zusage erforderlich); erstattungsfähig sind die Kosten, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären, jeweils analog des versicherten Prozentsatzes.</p> <p>* Erstattung bis zu den Beträgen, die die GKV oder der PKV-Verband mit den Leistungserbringern vereinbart hat</p> <p>Weitere Leistungsvoraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Erstattungsfähig sind auch: - sozialpädiatrische Behandlungen und Frühförderungsbehandlungen in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der PKV oder GKV verfügen (bis zu den Beträgen, die die GKV oder der PKV-Verband mit den Leistungserbringern vereinbart hat) - vom Arzt oder Psychotherapeuten verordnete Soziotherapie (nach GOÄ oder bis zu den Beträgen, die die GKV oder der PKV-Verband mit dem Leistungserbringer vereinbart hat) - ärztliche verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen bei chronisch kranken oder schwerkranken Kindern und Jugendlichen.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Erstattet werden auch - analog des versicherten Prozentsatzes: - angemessene Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe bis zu insgesamt 150 EUR täglich (Schwangerschaft/Entbindung, Kinder unter 15 Jahren bei schwerer Erkrankung/ Krankenhausaufenthalt, Tod des Elternteils); Zeitraum ggf. begrenzt - Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen (Anrechnung Leistungen anderer Leistungsträger (nicht Beihilfeträger)) - medizinische Schulungen für chronisch Kranke, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis - ab einem Rechnungsbetrag von 500 EUR p. a. nur nach schriftlicher Zusage - Soziotherapie, max. 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall (ärztliche Leistungen: im Rahmen GOÄ / Fachkräfte für Soziotherapie: max. bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre - notwendige Unterkunft bei auswärtigen ambulanten ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen, soweit diese nicht in einem Umkreis von 30 km um den Wohnort möglich sind - bis 30 EUR pro Tag (auch für erforderliche Begleitperson).</p> <p>Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Erstattungsfähig sind auch: - Aufwendungen für Soziotherapie, max. 120 Stunden innerhalb von 3 Versicherungsjahren - ambulante Entbindungen in einem Geburtshaus. Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für: - ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektionen - die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: weitere Leistungen: - Pauschale von 200 EUR, analog des versicherten Prozentsatzes, für ambulante Operationen oder stationsersetzende Eingriffe gem. § 115 b SGB V - Kostenzuschuss für von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Präventionskurse: 80% der tariflichen Leistung, 1 Kurs p. a. (bestätigte Teilnahmebescheinigung (mind. 80% der Kurseinheiten) erforderlich). Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ BK50-U: Kostenzuschuss für von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Präventionskurse: 80% der tariflichen Leistung, 1 Kurs p. a. (bestätigte Teilnahmebescheinigung (mind. 80% der Kurseinheiten) erforderlich). Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen. BE plus-U: Erstattungsfähig sind nach Vorlage des entsprechenden vollständigen Beihilfebescheides die Kosten für die in den Beihilfevorschriften vorgesehenen Selbstbeteiligungen und Abzugsbeträge, z. B. bei Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel, ambulante häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten sowie Krankenhausbehandlungen.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik + 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Stationär</b>						
- 1-Bettzimmer?	GK30, G2B30, GK20P, G2B20P: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BErgänzungplus: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen	CG.320, CSR.30, CG.230, CSR.120: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	⚠ BB30, BB20E: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: W230, W220E: Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer sind abzüglich eines Eigenanteils von 50 EUR pro Krankenhaustag erstattungsfähig.	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. EXKLUSIV-BES 50: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ BE-U: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen BK50-U, B550-U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✓ G2B30, G2B20P: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig (auch bei Inanspruchnahme eines Familienzimmers bei stationärer Entbindung). ⚠ GK30, GK20P: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: G2B30, G2B20P: Der Versicherer übernimmt auch die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Kosten für Unterkunft/Verpflegung im 2-Bettzimmer in voller Höhe (Beihilfebescheid ist vorzulegen).	✓ BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. BC 20k, BC 30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ CG.320, CG.230: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. CSR.30, CSR.120: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ W230, W220E: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. BB30, BB20E: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ B550-U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. BK50-U: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✓ GK30, GK20P: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ BC 20k, BC 30: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ CSR.30, CSR.120: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ BB30, BB20E: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✓ GK30, GK20P: Nein. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen. G2B30, G2B20P: Ja. Privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ BC 20k, BC 30: Nein. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Ja. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✓ CG.320, CG.230: Ja, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. CSR.30, CSR.120: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✓ BB30, BB20E: Nein. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen. W230, W220E: Ja. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ BK50-U: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen. B550-U: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
<b>Gebührenordnung Stationär</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ G2B30, G2B20P: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig. GK30, GK20P: Belegärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ BC 20k, BC 30: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✓ CG.320, CG.230: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig. CSR.30, CSR.120: Belegärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ BB30, BB20E: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. W230, W220E: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte sind im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ) erstattungsfähig. EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30: Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ B550-U: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. BK50-U: Im stationären Bereich ist bei belegärztlichen Leistungen keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik + 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	<p>✔ GK30, GK20P: Bei belegärztlichen Leistungen ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. G2B30, G2B20P: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. Hinweis: G2B30, G2B20P: Der Versicherer übernimmt auch die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Kosten für privatärztliche Behandlungen in voller Höhe (Beihilfebescheid ist vorzulegen).</p>	<p>✔ BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. BErgänzungplus: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen BC 20k, BC 30: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.</p>	<p>✔ CSR.30, CSR.120: Bei belegärztlichen Leistungen ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. CG.320, CG.230: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. BEb.50: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen</p>	<p>✖ W230, W220E: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. BB30, BB20E: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf den allgemeinen belegärztlichen Rahmen begrenzt. EXKLUSIV-BW 30: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. EXKLUSIV-BES 50: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen EXKLUSIV-BW 20V: Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.</p>	<p>✔ BK50-U: Im stationären Bereich ist bei belegärztlichen Leistungen keine bedingungsseitige Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. Es werden laut Tarif aber nur die beihilfefähigen Aufwendungen erstattet (Hinweis: Die Beihilfe leistet in der Regel nicht bei Überschreiten des Höchstsatzes (Honorarvereinbarung)). Über den Tarif BE können diese Kosten abgesichert werden. BE-U: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen B550-U: Im stationären Bereich ist keine bedingungsseitige Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. Es werden laut Tarif aber nur die beihilfefähigen Aufwendungen erstattet (Hinweis: die Beihilfe übernimmt i.d.R. keine Kosten, welche über den Höchstsätzen liegen). Über den Tarif BE können diese Kosten abgesichert werden.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik + 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 GK30, G2B30, GK20P, G2B20P: Ja. Gebühren werden im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattet.	 BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 Keine Leistung vorhanden.  Hinweis: CG.320, CSR.30, CG.230, CSR.120: Erstattung der ortsüblichen Kosten, wenn die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt. Anderenfalls werden nur die Kostenteile erstattet, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD nicht übersteigen.	 W230, BB30, BB20E, W220E:  außerhalb EU/EWR/Schweiz: Nicht erstattungsfähig sind Mehrkosten für eine Behandlung im Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt zum Zweck der Heilbehandlung erfolgt. Als Mehrkosten gelten diejenigen Kostenanteile, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland nicht angefallen wären. Dies gilt entsprechend auch für Entbindungen. Hinweis: W230, W220E: innerhalb EU/EWR/Schweiz: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.  außerhalb EU/EWR/Schweiz: Der Versicherer erstattet auch die Mehrkosten, wenn er die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist. BB30, BB20E: Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung im Ausland werden sowohl innerhalb als auch außerhalb Europas die Aufwendungen der niedrigsten Preisklasse für Krankenhausleistungen des jeweiligen Krankenhauses einschl. ärztlicher Leistungen übernommen, innerhalb der EU/des EWR jedoch mind. die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Aufwendungen.  außerhalb EU/EWR/Schweiz: Der Versicherer erstattet auch die Mehrkosten, wenn er die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist.	 EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30, EXKLUSIV-B20V: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 BK50-U, BS50-U: Ja, der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Erstattungsfähig sind, im tariflichen Umfang, die beihilfefähigen Kosten (Hinweis: Die Beihilfe sieht in der Regel keine Leistungen bei gezielter Auslandsbehandlung vor). Über den Tarif BE können diese Kosten abgesichert werden.
<b>Privatkliniken</b>	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik + 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	<p>✔ GK30, GK20P: Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser oder der Bundespflegesatzverordnung berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von 3- und Mehrbettzimmern einschl. medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, werden die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie (als allgemeine Krankenhausleistungen) erstattet; Heilmittel werden bis zu den beihilfefähigen Sätzen des Bundes erstattet.</p>	<p>✔ CSR.30, CSR.120: In Krankenhäusern innerhalb Deutschlands, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) abrechnen, sind als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne privatärztliche Leistungen) und Nebenkosten erstattet, soweit sie die nach dem KHEntG bzw. der BPIV vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 100% übersteigen. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist.</p> <p>Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles/einer nicht planbaren Behandlung das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet werden.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja. Berücksichtigungsfähig zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.</p>	<p>Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen maximal 150% der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPIV oder des KHEntG entstanden wären.</p>
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	<p>✔ GK30, GK20P: Es sind keine Wahlleistungen versichert. G2B30, G2B20P: Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Es sind keine Wahlleistungen versichert. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Ja. Die Wahlleistungen (gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im 2-Bettzimmer) werden auch in Krankenhäusern erbracht, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.</p>	<p>✔ CSR.30, CSR.120: Es sind keine Wahlleistungen versichert. CG.320, CG.230: In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein 2-Bettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.</p>	<p>✔ W230, W220E: Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet werden. BB30, BB20E: Es sind keine Wahlleistungen versichert.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30: Berücksichtigungsfähig zu 100% sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes für die gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer + gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen. EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Es sind keine Wahlleistungen versichert.</p>	<p>✔ BK50-U: Es sind keine Wahlleistungen versichert. B550-U: Die Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen sind erstattungsfähig.</p>
<b>Stationär</b>						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	<p>✔ GK30, GK20P: Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig. Hinweis: G2B30, G2B20P: Versichert sind die Kosten für eine einmalige Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands; die Kosten werden einmalig je Krankenhausaufenthalt in voller Höhe, unabhängig vom versicherten Prozentsatz, bezahlt. Eine intensivmedizinische Betreuung während des Transportes ist im Rahmen der Wunschverlegung nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Der Versicherer erstattet Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge oder die medizinisch notwendige Verlegung zum Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern. Kosten für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen zur Behandlung geeigneten Krankenhaus werden ebenfalls erstattet, wenn dafür eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden. Nachgewiesene Fahrtkosten zur stationären Heilbehandlung werden bis 50 EUR Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt ersetzt - bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehfähigkeit sowie bei schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse).</p>	<p>✔ CAZ.120, CAZ.30: Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder AHB-Einrichtung sind erstattungsfähig, auch bei vor- und nachstationären Behandlungen. Bei Transporten muss/müssen während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sein. CG.320, CG.230: Erstattungsfähig ist der Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit des Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Transporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).</p>

## Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik + 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	<p>✔ G2B30: Bei Verzicht auf das 2-Bettzimmer und/oder die privatärztliche Behandlung werden jeweils 15 EUR - unabhängig vom versicherten Prozentsatz - für jeden Tag einer vollstationären Behandlung gezahlt. GK30, GK20P: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. Hinweis: volle Leistung aus G2B30, s. dort</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Werden keine Wahlleistungen in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR - analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt.</p>	<p>✔ CG.320: Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft werden 2,08 EUR und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 2,60 EUR pro Tag gezahlt. Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt. CSR.30, CSR.120: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. CG.230: Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft werden 3,12 EUR und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 3,90 EUR pro Tag gezahlt. Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.</p>	<p>✔ W220E: Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung werden 8 EUR pro Tag gezahlt, bei Unterkunft im Mehrbettzimmer 4 EUR*. * Voraussetzung: Es muss auf der Station mind. die Wahlleistung "2-Bettzimmer" angeboten werden.  Aufnahme- und Entlassungstag gelten als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung und Beurlaubung für einen Teil des Tages werden 50% gezahlt; kein Ersatzkrankenhaustagegeld bei ganztägiger Beurlaubung und Entziehungsmaßnahmen. W230: Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung werden 12 EUR pro Tag (bis Alter 15 häftig) gezahlt, bei Unterkunft im Mehrbettzimmer 6 EUR*. * Voraussetzung: Es muss auf der Station mind. die Wahlleistung "2-Bettzimmer" angeboten werden.  Aufnahme- und Entlassungstag gelten als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung und Beurlaubung für einen Teil des Tages werden 50% gezahlt; kein Ersatzkrankenhaustagegeld bei ganztägiger Beurlaubung und Entziehungsmaßnahmen. BB30, BB20E: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30: Bei Verzicht auf die gesondert berechenbare Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer werden 20 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 30 EUR pro Tag - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes - gezahlt.</p>	<p>✔ BK50-U: Krankenhaustagegeld anstelle Kostenersatz: Wird keine stationären Leistungen in Anspruch genommen, zahlt der Tarif folgendes Krankenhaustagegeld: 50,- € B550-U: Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden 30 EUR pro Tag gezahlt, bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft 25 EUR - jeweils analog des versicherten Prozentsatzes. Wurde bei einer vor- und/oder nachstationären Behandlung kein Wahlarzt in Anspruch genommen, werden jeweils 60 EUR gezahlt (analog des versicherten Prozentsatzes).  Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.</p>
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	<p>✔ GK30, GK20P: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.</p>	<p>✔ CSR.30, CSR.120: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Ja. Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p>	<p>✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	<b>Barmenia</b> GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	<b>BBKK</b> BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik + 20k BKlinik+ 30 PVB	<b>Hallesche</b> CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	<b>R+V</b> BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	<b>Signal Iduna</b> EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	<b>Deutscher Ring</b> BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	<p>✓ GK30, GK20P: Eine vorherige Zusage ist nicht erforderlich,( - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Ja. Bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Dies gilt auch dann, wenn die Krankenhäuser zusätzlich Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen anbieten.</p>	<p>✓ CSR.30, CSR.120: gültig für Bestands- und Neukunden: Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, - wenn es sich um eine Notfallweisung handelt bzw. - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder - im Falle einer Anschlussheilbehandlung (Besonderheiten/Voraussetzungen s. Leistungspunkt "AHB"). Hinweis: CSR.30, CSR.120: gültig für Neukunden mit Beginn 01.2018 und später (Teil I (MB/KK 2009), Teil II (TB/KK 2013) - Fassung Januar 2018 (PM 22u – 08.17)): Eine schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder - es sich um eine Notfallweisung handelte, oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.  Bei einer vom Krankenhausarzt veranlassten Anschlussheilbehandlung (AHB) in einer gemischten Krankenanstalt, die innerhalb von 4 Wochen (aus medizinischen Gründen (z. B. nach stationärer Strahlentherapie) auch später) nach Beendigung einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführt wird, ist ebenfalls keine Zusage erforderlich, sofern die AHB notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern und nicht länger als 4 Wochen dauert.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn: - es sich um eine Notfallweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und/oder ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.</p>	<p>✓ Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten; - medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden; - es sich um eine Notfallweisung handelte; - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war; - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.</p>
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	<p>✓ G2B30, G2B20P: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. GK30, GK20P: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p>	<p>✓ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>	<p>✓ CG.320, CSR.30, CG.230, CSR.120: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p>	<p>✓ W230, BB30, BB20E, W220E: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>	<p>✓ BK50-U, BS50-U: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p>
- Hospiz (zur Sterbegleitung)?	<p>✓ GK30, GK20P: Versichert ist die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der GKV zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sofern die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und sie in ihrem Haushalt oder der Familie nicht ambulant versorgt werden kann.  Gebühren werden bis zu der Höhe anerkannt, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Ja. Erstattet werden Aufwendungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung (auf Basis des § 39 a SGB V) verfügen; Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.</p>	<p>✓ CSR.30, CSR.120: Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Als Versicherungsfall gilt auch die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz. Bei einem anderweitigen Leistungsanspruch, z. B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, ist der Versicherer nur für nach Vorleistung verbleibende Aufwendungen leistungspflichtig.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß sowie ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen, sind erstattungsfähig.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik + 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	<p>✔ GK30, GK20P: Versichert sind Unterbringungs- und Verpflegungskosten, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des nach diesem Tarif versicherten, höchstens 15 Jahre alten Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Ja. Bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten - höchstens 11 Jahre alten - Kindes werden gesondert berechenbare Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer Begleitperson erstattet.</p>	<p>✔ CSR.30, CSR.120: Als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in; auch in Privatkliniken)); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.</p>	<p>✔ W230: Bei stationärer Behandlung eines nach einem Tarif W2 versicherten Kindes werden die nach Anrechnung der Beihilfeleistung verbleibenden zusätzlichen Unterbringungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr zu 100% erstattet, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat. BB20E, W220E: Tarif nicht für Kinder - Leistungsmerkmal nicht relevant BB30: "Rooming in" ist nicht versichert.</p>	<p>⚠ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Bei Krankenhausaufenthalt eines höchstens 9 Jahre alten und nach diesem Tarif versicherten Kindes sind die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 40 EUR täglich, vorausgesetzt, ein Elternteil ist ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL versichert. Hinweis: EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Unter bestimmten Voraussetzungen werden auch bei Erwachsenen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson erstattet oder eine Haushaltshilfe bezuschusst (max. für 6 Wochen, 10 EUR pro Stunde/80 EUR am Tag).</p>	<p>✔ BK50-U: "Rooming in" ist nicht versichert. B550-U: Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson eines nach einer der Tarifstufen B5 versicherten, höchstens 9 Jahre alten Kindes sind bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, max. 36 EUR täglich - analog des versicherten Prozentsatzes.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik + 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Kuren stationär?	<p>✔ GK30: Kostenerstattung bei (ambulanten und) stationären Kuren in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (gemischte Krankenanstalt, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen</li> <li>- Arznei- und Verbandmittel</li> <li>- Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen)</li> <li>- Kurplan</li> <li>- Kurtaxe,</li> </ul> <p>einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren - analog des versicherten Prozentsatzes; Unterbringungskosten werden nicht übernommen.</p> <p>Zahlung eines Kurtagegeldes von 100 EUR (unabhängig vom versicherten Prozentsatz) für max. 28 Tage, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die versicherte Person vor der Kur mind. 5 Tage stationär im Krankenhaus behandelt werden musste</li> <li>- die Kur spätestens 6 Monate nach Ende des Aufenthaltes im Krankenhaus begonnen hat</li> <li>- die Kur vom behandelnden Krankenhausarzt aus medizinischen Gründen verordnet und</li> <li>- unter ständiger ärztlicher Kontrolle durchgeführt wurde.</li> </ul> <p>Die Dauer der Kur ist entsprechend nachzuweisen.</p> <p>GK20P: Kostenerstattung bei (ambulanten und) stationären Kuren in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (gemischte Krankenanstalt, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen</li> <li>- Arznei- und Verbandmittel</li> <li>- Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen)</li> <li>- Kurplan</li> <li>- Kurtaxe,</li> </ul> <p>einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren - analog des versicherten Prozentsatzes; Unterbringungskosten werden nicht übernommen.</p> <p>Zahlung eines Kurtagegeldes: volle Leistung aus Tarif GK30, s. dort</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Bei einer ärztlich verordneten stationären Kur werden ärztliche Leistungen, Arzneimittel sowie Aufwendungen für Heilmittel bis zu den beihilfefähigen Sätzen des Bundes erstattet, nicht jedoch Unterbringungs- und Verpflegungskosten sowie wahlärztliche Leistungen.</p>	<p>✔ CAZ.120, CAZ.30: Stationäre Kuren in einem Heilbad und Kurort sind erstattungsfähig, entsprechend der Leistung bei ambulanten Kuren. Darüber hinaus sind - nach vorheriger schriftlicher Zusage - medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Mutter-Kind bzw. Vater-Kind Kuren sowie Väter- bzw. Müttergenesungskuren (auch als medizinisch notwendige Vorsorgemaßnahme) inkl. Unterkunft und Verpflegung (auch für Begleitperson, sofern aus medizinischen Gründen erforderlich) erstattungsfähig - einschließlich der jeweiligen Fahrtkosten bis insgesamt 250 EUR zur An- und Abreise - für längstens 21 Tage (&gt; 3 Wochen, wenn eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist). Ein erneuter Anspruch besteht jeweils frühestens im dritten darauf folgenden Kalenderjahr, darüber hinaus, wenn aus medizinischen Gründen eine Maßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend erforderlich ist.</p> <p>Eine vorherige Zusage ist nicht erforderlich, soweit die erstattungsfähigen Leistungen von der Beihilfe anerkannt werden und ein entsprechender Beihilfebescheid vorgelegt ist.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Erstattungsfähig sind je Kur die Aufwendungen für Unterkunft einschl. Verpflegung in einer Kurklinik, ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittelversorgung bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.800 EUR. Erstmaliger Anspruch nach einer Versicherungsdauer von mind. 3 Versicherungsjahren, danach jeweils nach Ablauf von 3 Versicherungsjahren seit Abschluss der letzten Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung. Medizinische Notwendigkeit muss dem Versicherer vor Kurantritt durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.</p>	<p>✘ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>✔ Ambulante Kuren und Sanatoriumsbehandlungen sind erstattungsfähig: Ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik + 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV- B-W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Sonstiges	<p>✔ G2B30, G2B20P: Unterkunft/Verpflegung im 2-Bettzimmer und privatärztliche Behandlung: Für mögliche Zuzahlungen, die nach den Beihilfevorschriften selbst getragen werden müssen, wird - unabhängig vom versicherten Prozentsatz - geleistet (Beihilfebescheid ist vorzulegen).</p> <p>GK30, GK20P: Versichert ist auch - bei vorübergehendem Hilfebedarf - die stationäre Kurzzeitpflege (Grund- und Behandlungspflege)</p> <p>- im Anschluss an eine stationäre Behandlung, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt, - bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, - nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituation, in der eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.</p> <p>Der Versicherer erkennt die Anspruchsdauer und -höhe an, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Der Versicherer erstattet auch Aufwendungen für - stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist, jedoch keine Unterbringungs- und Verpflegungskosten. Spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung endet die Leistung aus diesem Tarif</p> <p>- ambulante stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus.</p>	<p>✔ CG.320, CSR.30, CG.230, CSR.120: Der Versicherer leistet auch bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Beitragsfreistellung: Dauert ein erstattungsfähiger vollstationärer Krankenhausaufenthalt länger als 8 Wochen, erhält der Versicherungsnehmer für den laufenden Monat und die Folgemonate bis zur Entlassung eine Beitragsgutschrift - bei mind. 12-monatiger Versicherungsdauer zu Beginn der stationären Heilbehandlung.</p>	Keine Leistung vorhanden.	<p>✔ BE plus-U: Kostendämpfungspauschalen sowie Selbstbeteiligungen und Abzugsbeträge für die Inanspruchnahme von Wahlleistungen im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung sind nicht mitversichert.</p> <p>B550-U: Beihilfefähige Kosten für privatärztliche Behandlung sowie Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen sind ebenfalls erstattungsfähig.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Zahn</b>						
Zahnbehandlung (%)?	✔ GK30, GK20P: Zahnbehandlung (einschl. zahnmedizinischer Prophylaxemaßnahmen) wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BC 20k, BC 30: Zahnbehandlung und Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung und Fissurenversiegelungen) werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BB30, BB20E: Zahnbehandlung (einschl. professioneller Zahnreinigung und sonstigen Maßnahmen für Zahnprophylaxe) wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Zahnbehandlung wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet (professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ zweimal je Kalenderjahr).	✔ Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR)).
Zahnersatz (%)?	✔ GK30, GK20P: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BC 20k, BC 30: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BB30, BB20E: Zahnersatz wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Zahnersatz wird in den ersten beiden Kalenderjahren analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ab dem dritten Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10% p. a. - minimal auf 80%*, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und steigt um 10% p. a., max. auf 100%*, wenn eine nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. *ausgehend von 100% der versicherten Tarifstufe	✔ Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig. Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.
- Kieferorthopädie (%)?	✔ GK30, GK20P: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BC 20k, BC 30: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ BB30, BB20E: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Kieferorthopädie wird analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ GK30, GK20P: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	⚠ BC 20k, BC 30: Kieferorthopädische Leistungen werden erstattet, wenn die versicherte Person bei Behandlungs- und Versicherungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Hinweis: BC 20k, BC 30: altersunabhängig, wenn die Kieferorthopädie - aufgrund eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalles notwendig ist oder - die Beihilfe Leistungen erbringt.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
<b>Gebührenordnung Zahn</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ GK30, GK20P: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ BC 20k, BC 30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ BB30, BB20E: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ GK30, GK20P: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	❌ BC 20k, BC 30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	❌ BB30, BB20E: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	❌ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist keine bedingungsseitige Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden. Es werden laut Tarif aber nur die beihilfefähigen Aufwendungen erstattet (Hinweis: Die Beihilfe leistet in der Regel nicht bei Überschreiten des Höchstsatzes (Honorarvereinbarung)). Über den Tarif BE können diese Kosten abgesichert werden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	GK30, GK20P: Ja. Gebühren werden im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattet.	BC 20k, BC 30: Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: CAZ.120, CAZ.30: Erstattung der ortsüblichen Kosten, wenn die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt. Anderenfalls werden nur die Kostenteile erstattet, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD nicht übersteigen.	BB30, BB20E: außerhalb EU/EWR/Schweiz: Nicht erstattungsfähig sind Mehrkosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie im Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt zum Zweck der Heilbehandlung erfolgt. Als Mehrkosten gelten diejenigen Kostenanteile, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland nicht angefallen wären. Dies gilt entsprechend auch für Entbindungen. Hinweis: BB30, BB20E: innerhalb EU/EWR/Schweiz: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.  außerhalb EU/EWR/Schweiz: Der Versicherer erstattet auch die Mehrkosten, wenn er die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist.	EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	Ja, der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Erstattungsfähig sind, im tariflichen Umfang, die beihilfefähigen Kosten (Hinweis: Die Beihilfe sieht in der Regel keine Leistungen bei gezielter Auslandsbehandlung vor). Über den Tarif BE können diese Kosten abgesichert werden.
<b>Zahn</b>						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	GK30, GK20P: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	BC 20k, BC 30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	CAZ.120, CAZ.30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	BB30, BB20E: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden ( Material- und Laborkosten sind bis zur mittleren Preislage erstattungsfähig).	Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	GK30, GK20P: bedingungsgemäße Zahnstaffel: Die Leistungen für Zahnersatz einschl. Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen sowie Zahn- und Kieferregulierung (KFO) sind in den ersten beiden Kj. auf insgesamt 5.000 EUR (unabhängig vom versicherten Prozentsatz) begrenzt. Hinweis: GK30, GK20P: individuelle Zahnstaffel - Begrenzung der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge - bei 2 fehlenden Zähnen auf 250 EUR im 1. Kalenderjahr (Kj.), 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. - bei 3 fehlenden Zähnen auf 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj.	BC 20k, BC 30: Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.	CAZ.120, CAZ.30: Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten insgesamt folgende Rechnungshöchstbeträge:  2.000 EUR im 1. Kalenderjahr, 4.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr, 6.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr, 8.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr.	BB30, BB20E: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren. Hinweis: EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Vereinbarung einer Zahnstaffel (für zahnärztliche Leistungen und kieferorthopädische Behandlungen), in Abhängigkeit von der Anzahl der fehlenden/ersetzten Zähne (s. Antrag)	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren. Hinweis: Vereinbarung einer Zahnstaffel (für Zahnbehandlung, Zahnersatz, KFO), in Abhängigkeit von der Anzahl der fehlenden/ersetzten Zähne (s. Antrag)
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	GK30, GK20P: Beide Summenbegrenzungen (individuelle und bedingungsgemäße) entfallen für Kosten, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	BC 20k, BC 30: Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.	CAZ.120, CAZ.30: Die Begrenzungen gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.	BB30, BB20E: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.	BK: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	✔ GK30, GK20P: Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers empfohlen.	✔ BC 20k, BC 30: Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers bei Zahnersatzmaßnahmen, Inlays und Kieferorthopädie empfohlen (zusammen mit detaillierter Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors).	CAZ.120, CAZ.30: Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 2.500 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan (incl. Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) vorzulegen, ansonsten besteht für die über 2.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung. Bei Implantaten ist generell vorab ein Heil- u. Kostenplan (mit Material- und Laborkostennachweis) erforderlich, andernfalls erfolgt eine Kürzung der tariflichen Leistung um 50%.	✔ BB30, BB20E: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers bei medizinisch notwendiger Versorgung mit Zahnersatz oder Kieferorthopädie empfohlen.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird seitens des Versicherers jedoch bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 2.500 EUR empfohlen.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan ab einem Rechnungsbetrag in Höhe von 3.500,- € erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung um 50%.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✔ GK30, GK20P: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ BC 20k, BC 30: Inlays (Gussfüllungen) & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ BB30, BB20E: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	✔ GK30, GK20P: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	✔ BC 20k, BC 30: Inlays werden wie Zahnbehandlung (und Zahnersatz) erstattet.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	BB30, BB20E: Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.
Sonstiges	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.			Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia	BBKK	Hallesche	R+V	Signal Iduna	Deutscher Ring
	GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B-W 30 PVB	BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✓ GK30, GEP, G2B30, GK20P, G2B20P: Markteinführung: 07.2022	✓ BErgänzungplus, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Markteinführung: 04.2018 BC 20k, BC 30: Markteinführung: 01.2019	✓ JOKER.flex, URZ: Markteinführung: 01.2013 CSR.30, CAZ.120, CAZ.30, CSR.120: Markteinführung: 09.2016	✓ BB30, EB1, BB20E: Markteinführung: 04.2021 PPB: Markteinführung: 1995		
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✓ GK30, GEP, G2B30, GK20P, G2B20P: Tarif ist aktuell.	✓ BC 20k, BErgänzungplus, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Tarif ist aktuell.	✓ CSR.30, CAZ.120, CAZ.30, CSR.120: Tarif ist aktuell.	✓ BB30, EB1, BB20E: Tarif ist aktuell.		
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	✓ GK20P: Markteinführung Unisex-Vorgängertarif "VB32U": 01.2013 GEP: Markteinführung Unisex-Vorgängertarif "VExxU" bzw. VExxU": 01.2013 GK30: Markteinführung Unisex-Vorgängertarif "VB330U" (bzw. VA/VD30U und VS330U): 01.2013	✓ BErgänzungplus: Markteinführung Vorgängertarif "ZB" (Unisex): 2013 BC 20k, BC 30: Markteinführung Vorgängertarif "B2/B3" (Unisex): 2013 BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Markteinführung Vorgängertarif "BS2" (Unisex): 2013	✓ JOKER.flex: Markteinführung Vorgängertarif "JOKERflex": 2009 CAZ.120, CAZ.30: Markteinführung Vorgängertarif "CA% und CZ%": 1976 URZ: Markteinführung Vorgängertarif "URZ": 2003	Keine Leistung vorhanden.		
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✓ GK30, GK20P: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	✓ BC 20k, BC 30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ CAZ.120, CAZ.30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre	✓ BB30, BB20E: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (ambulante Operationen: 5 Jahre; Krebs- bzw. Tumorerkrankungen, Psyche, Gehirn oder Nervensystem, Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen, HIV-Infektion: 10 Jahre).	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (ambulante Operationen: 5 Jahre; HIV-Infektion, Behandlungen wg. unerfülltem Kinderwunsch: unbegrenzt).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (ambulante Operationen: 5 Jahre; HIV-Infektion, Behandlungen wg. unerfülltem Kinderwunsch: unbegrenzt).
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	GK30, GK20P: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	BC 20k, BC 30: Nein, der Abfragezeitraum für (ambulante und stationäre) Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	CAZ.120, CAZ.30: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	BB30, BB20E: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✓ GK30, GK20P: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ BC 20k, BC 30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	CAZ.120, CAZ.30: Nein, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 10 Jahre (bis Alter 32: 5 Jahre).	✓ BB30, BB20E: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	GK30, GK20P: Nein. Im Antrag wird gefragt: "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	BC 20k, BC 30: Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen?" und "(...) oder bestanden darüber hinaus in den letzten drei Jahren Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Krankheits- oder Unfallfolgen (auch wenn sie nicht behandelt wurden)?"	CAZ.120, CAZ.30: Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden (...)"	BB30, BB20E: Nein. Im Antrag wird gefragt: „Besteht bzw. bestehen a) Allergien, Beschwerden, Krankheiten (...) ? Anzugeben sind die oben genannten Punkte auch dann, wenn sie nicht behandlungsbedürftig sind. (...)“	EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten (...)?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten (...)?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✓ GK30, GK20P: Bis zu 3 fehlende, nicht ersetzte Zähne (Ersatz ist nicht angeraten oder beabsichtigt) sind versicherbar.  1 fehlender Zahn: keine Einschränkungen 2 und 3 fehlende Zähne: individuelle Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max. ... Jahre") ab 4 fehlenden Zähnen: Versicherungsmöglichkeit besteht, sobald diese ersetzt sind	BC 20k, BC 30: Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✓ CAZ.120, CAZ.30: bis 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung ab 11 ersetzten/überkronten Zähnen: Ablehnung	✓ EB1: 1 bis 4 fehlende Zähne: 2 EUR Risikozuschlag je fehlenden Zahn (ggf. auch Leistungsausschluss möglich) ab 5 fehlenden Zähnen: Ablehnung BB30, BB20E: 1 bis 4 fehlende Zähne: 4 EUR Risikozuschlag je fehlenden Zahn (ggf. auch Leistungsausschluss möglich) ab 5 fehlenden Zähnen: Ablehnung	✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Es gibt ein Bewertungsschema (s. Antrag).  - bis 2 fehlende Zähne: pro fehlendem Zahn 5 EUR Beitragszuschlag (multipliziert mit der versicherten Prozentstufe) - ab 5 fehlenden Zähnen: Ablehnung	✓ Es gibt ein Bewertungsschema (s. Antrag).  - bis 2 fehlende Zähne: ohne Erschweris - ab 5 fehlenden Zähnen: Ablehnung

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ GK30, GK20P: Kinder sind auch alleine versicherbar.	BC 20k, BC 30: Nein. Kinder sind nicht alleine versicherbar.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ BB20E: Tarif nicht für Kinder - Leistungsmerkmal nicht relevant BB30: Kinder sind auch alleine versicherbar, wenn - sie das 7. Lebensjahr vollendet haben, - kein Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung in der GKV besteht und - keine laufende kieferorthopädische Behandlung vorliegt oder keine solche Maßnahme vorgesehen bzw. angeraten ist.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Kinder sind ab Alter 4 alleine versicherbar.	✔ BK50-U: Kinder sind ab dem 4. Lebensjahr alleine versicherbar. PIT50-U: Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.
<b>Ausland</b>						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔ GK30, GK20P: Europa (geographisch): Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Hinweis: GK30, GK20P: außereuropäisches Ausland: Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn die private Pflegepflichtversicherung während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird. Andernfalls besteht während des 1. Monats ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	✔ BC 20k, BC 30: Während der ersten 12 Monate eines Aufenthaltes außerhalb Europas besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Dauert der Aufenthalt länger, kann der Versicherungsschutz - ggf. gegen Beitragszuschlag - verlängert werden. Zu Europa zählen auch der asiatische Teil der Türkei, Kasachstans und Russlands sowie die außereuropäischen Gebiete europäischer Länder.  Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✔ URZ: Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit. CAZ.120, CAZ.30: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.	✔ BB30, BB20E: Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils 6 Monaten. Verlängerung des Versicherungsschutzes für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas, der EU/des EWR von mehr als 6 Monaten, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Voraussetzung: Der gewöhnliche Aufenthaltsort muss sich innerhalb der EU/des EWR oder der Schweiz befinden. Der Versicherte verpflichtet sich dann zur Verlängerung bei Antragstellung vor Ablauf der 6 Monate/der Verlängerung, kann jedoch die Verlängerung befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig zu machen.  Verlängerung unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall ohne Antrag und Beitragszuschlag, wenn die versicherte Person aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.  Ab einem Aufenthalt von mehr als zwölf Monaten wird von einer Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ausgegangen	✔ Abweichend von § 1 Absatz 4 MB/KK 2009 besteht während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland bis zu zwölf Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.  Ab einem Aufenthalt von mehr als zwölf Monaten wird von einer Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ausgegangen
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✔ GK30, GK20P: Ersetzt werden - analog des versicherten Prozentsatzes - Kosten - eines medizinisch notwendigen Rücktransportes (einschl. der Kosten für ggf. erforderliches, medizinisch geschultes Begleitpersonal), - eines Rettungsfluges, wenn dieser nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit ist, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden (durchgeführt von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen) - der Überführung (bis max. 10.000 EUR Rechnungsbetrag).  Für die Erstattung ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes mitvorzulegen.	✔ BC 20k, BC 30: Bei Auslandsaufenthalten werden - unabhängig von der versicherten Tarifstufe - 100% der Kosten erstattet für: - medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte (einschl. mitreisender Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist); es muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen, - die Bestattung am Sterbeort oder - Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz.	✔ URZ: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären. 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €. 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre. CAZ.120, CAZ.30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✖ BB30, BB20E: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✖ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Der medizinisch notwendige Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✖ Rücktransport aus dem Ausland ist bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ GK30, GK20P: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/des EWR wird der Vertrag fortgeführt. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Bei einem vorübergehenden Aufenthalt innerhalb der EU/des EWR oder der Schweiz besteht Versicherungsschutz im vollen Umfang (Aufenthalte bis zu 6 Monate (inkl. vorübergehender Unterbrechungen) werden immer als vorübergehend angesehen).	✔ BB30, BB20E: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR wird der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers gegen angemessenen Beitragszuschlag eine ergänzende Vereinbarung treffen, nach der auf die Begrenzung der Leistungen auf diejenigen, die bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen wären (deutsches Kostenniveau), verzichtet wird. Voraussetzung ist, dass der Antrag vor Ablauf von 6 Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer eingeht.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb EU/EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Ja, der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im tariflichen Umfang.
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ GK30, GK20P: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/des EWR wird der Vertrag fortgeführt. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR oder der Schweiz erhält die versicherte Person die volle tarifliche Erstattung, sofern der Versicherer darüber innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung informiert wurde. Ggf. kann ein Beitragszuschlag für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthaltes erhoben werden. Bei Ablehnung des Zuschlages seitens des Versicherungsnehmers oder nicht fristgerechter Meldung der Verlegung, ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft beantragt werden.	✔ BB30, BB20E: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR wird der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers gegen angemessenen Beitragszuschlag eine ergänzende Vereinbarung treffen, nach der auf die Begrenzung der Leistungen auf diejenigen, die bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen wären (deutsches Kostenniveau), verzichtet wird. Voraussetzung ist, dass der Antrag vor Ablauf von 6 Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer eingeht.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb EU/EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Ja, der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im tariflichen Umfang.
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	GK30, GK20P: nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU, des EWR, der Schweiz kann der Vertrag aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Ohne Vereinbarung endet das Versicherungsverhältnis, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von der Verlegung Kenntnis erlangt. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden.	✔ BC 20k, BC 30: Abmeldung des Wohnsitzes in Deutschland und Wegzug Bei Verlegung des Wohnsitzes außerhalb der EU/des EWR endet das Versicherungsverhältnis, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde. Der Versicherungsnehmer (VN) - hat das Recht auf Fortsetzung in Form einer Anwartschaft. - kann die Fortsetzung für max. 5 Jahre - innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung - beantragen; der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme, ggf. gegen Beitragszuschlag. Nach Ablauf der Vereinbarung (max. 5 Jahre) kann der VN bei weiterem vorübergehendem Auslandsaufenthalt erneut die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses beantragen.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Bei Verlegung verpflichtet sich der Versicherer, eine anderweitige Vereinbarung zu treffen, wenn dies spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird und die Gewährung von Versicherungsschutz im anderen Staat zulässig ist. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Beitragszuschlag und/oder einen Tarifwechsel vorsehen und beginnt in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis. Darf der Versicherer in diesem Staat keinen Versicherungsschutz anbieten, endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, von dem an der Versicherer die versicherte Person nicht mehr versichern darf. In beiden Fällen kann zum Erhalt der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen für eine spätere Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland eine Anwartschaftsversicherung für das bisherige Versicherungsverhältnis vereinbart werden.  Bei einem vorübergehenden Aufenthalt besteht Versicherungsschutz im vollen Umfang (Aufenthalte bis zu 6 Monate (inkl. vorübergehender Unterbrechungen) werden immer als vorübergehend angesehen).	BB30, BB20E: Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU/des EWR kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Der Versicherer verpflichtet sich, eine Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb EU/EWR beantragt wird. Diese anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Bei nur vorübergehender Verlegung besteht das Recht auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung.	✔ Ja, der Deutsche Ring verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Dieser Beitragszuschlag ergibt sich einheitlich für alle betroffenen Versicherten gemäß einer länderabhängigen Liste des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. (USA 50 %, Kanada 50 %, Japan 50 %, Schweiz 20 %, alle anderen Länder außerhalb der EU bzw. des EWR 0 %).

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	✔ GK30, GK20P: Optionsrecht auf Höherversicherung (Hinzuvversicherung) enthalten.  Alle Optionsrechte (s. nachfolgende Leistungspunkte) gelten nicht, wenn der Vertrag aufgrund der Annahmeverpflichtung des Versicherers zustande gekommen ist (Öffnungsaktion).	✔ BC 20k, BC 30: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ CAZ.120, CAZ.30: Kein Optionsrecht auf Höherversicherung. JOKER.flex: Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie bei der Halleschen gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder der Beihilfe-Restkostenversicherung abschließen.	✔ BB30, BB20E: Optionsrecht auf Höherversicherung (Hinzuvversicherung des Tarifs W (stationäre Wahlleistungen) und/oder eines zu diesem Tarif zugelassenen Beihilfe-Ergänzungstarifs) enthalten.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✘ Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	✔ GK30, GK20P: Nach Ablauf von 3, 5 oder 7 Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs GK) besteht einmalig das Recht auf Tarifhinzunahme, sofern die Beantragung vor Ablauf des 3., 5. bzw. 7. Versicherungsjahres erfolgt; die Hinzunahme erfolgt dann zum 01. des darauffolgenden Monats (ohne erneute Wartezeiten, auch für laufende Versicherungsfälle).	✘ BC 20k, BC 30: Zu Beginn des 5. Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn im Tarif BeihilfeCOMFORT besteht das Recht, zum Grundtarif passende beihilfekonforme Ergänzungstarife hinzuzuvversichern.	✔ Das Optionsrecht kann im Basistarif 18 Monate nach Versicherungsbeginn, ansonsten nach Ablauf des 3 oder 5 vollen Kalenderjahres zum 1. des Folgejahres ausgeübt werden.	✔ BB30, BB20E: Das Optionsrecht kann - ohne erneute Wartezeiten - jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, das auf das 5., 10. und 15. Versicherungsjahr einer ununterbrochenen Versicherungsdauer nach einem Tarif BB folgt, ausgeübt werden; der Antrag muss spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingehen.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Neben der Möglichkeit zu bestimmten Anlässen das Optionsrecht wahrzunehmen, kann die Option nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif EXKLUSIV-B, ausgeübt werden.	✘
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	✔ GK30, GK20P: Optionsrecht auf Tarifhinzunahme bei - erstmaliger Benennung zum Beamten auf Probe, Zeit oder Lebenszeit: einmalig - Entsendung ins Ausland: innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs GK); der Auslandsaufenthalt muss an die berufliche Tätigkeit gebunden sein oder im Rahmen eines Studienaufenthalts stattfinden.  Der Antrag muss innerhalb von 2 Monaten seit Übergabe der Ernennungsurkunde bzw. ab Entsendung ins Ausland beim Versicherer eingehen. Die Versicherung nach dem gewünschten Tarif erfolgt zum 01. des auf die Beantragung folgenden Monats (ohne erneute Wartezeiten, auch für laufende Versicherungsfälle).	✔ BC 20k, BC 30: Optionsrecht auf Hinzuvversicherung zum Grundtarif passender beihilfekonformer Ergänzungstarife bei: - Ernennung zum Beamten auf Probe - Geburt oder Adoption eines Kindes - Heirat.  Die Hinzuvversicherung ist innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des Ereignisses (entsprechender Nachweis erforderlich) zu beantragen.	✘ Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, es besteht ein anlassbezogenes Optionsrecht. Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit. Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst und vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.	✘
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	✔ GK30, GK20P: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ BC 20k, BC 30: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ BB30, BB20E: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✘

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versichers?	<p>✔ GK30, GK20P: Der Tarif GK kann zu den festgeschriebenen Optionszeitpunkten bzw. Ereignissen um die folgenden Tarife erweitert werden: - Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus (G2B, G1B) - Beihilfe-Ergänzungstarife (GE, GEP) - Krankenhaustagegeld von 50 EUR (einmalig) - Pflegeergänzungversicherung mit einem Monats- bzw. Tagegeld bis zu 2.000 EUR pro Monat in Pflegegrad 5 (einmalig).</p> <p>Recht auf Vereinbarung eines Krankentagegeldes nach Fortfall des Beihilfeanspruchs und gleichzeitiger Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit oder einer Tätigkeit als Arbeitnehmer, Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Es können beihilfekonforme Ergänzungsbausteine hinzuversichert werden.</p>	<p>✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.</p>	<p>BB30, BB20E: Nein. Es können nur Beihilfeergänzungstarife und/oder der Tarif W hinzuversichert werden.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.</p>	
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	<p>✔ GK30, GK20P: Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.</p>	<p>✔ Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.</p> <p>Das Optionsrecht gilt nicht: - für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer Annahmeverpflichtung des Versicherten zustande gekommen ist bzw. - wenn der bisher bestehende Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe 100% nicht erreicht oder übersteigt.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.</p>	
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	<p>✘ GK30, GK20P: Das Optionsrecht darf nur ausgeübt werden, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des GK-Tarifs keine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherten bestand.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherten bestand hat.</p>	<p>✔ Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherten bestand hat.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherten bestand hat.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherten bestand hat.</p>	
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	<p>✔ GK30, GK20P: Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.</p>	<p>✔ Das Optionsrecht kann bis zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden.</p> <p>Diese Option kann ausgeübt werden bei bestehendem Versicherungsschutz im Basistarif der HALLESCHER 18 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes im Basistarif.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Das Optionsrecht kann bis Alter 50 ausgeübt werden.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.</p>	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))</b>						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	<p>✓ G2B30, G2B20P: Bei stationären Reha-Maßnahmen bzw. AHB wird im vertraglich vereinbarten Umfang für den Teil, der über die Beihilfeleistungen hinausgeht, geleistet (s. aber auch Kompaktarif). GK30, GK20P: Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen unter Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.</p> <p>Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. AHB wird (auch ohne vorherige Zusage) im vertraglich vereinbarten Umfang für den Teil, der über die Beihilfeleistungen hinausgeht, geleistet, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für 3 Wochen, ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR.</p>	<p>✓ BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Bei Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitation werden mit dem vereinbarten Prozentsatz folgende Wahlleistungen erstattet: – gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und – gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer (...).</p> <p>Die Leistungen werden auch in Krankenhäusern erbracht, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen. BC 20k, BC 30: Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) oder medizinische Rehabilitation im Umfang der Nummern B.1 (allgemeine Krankenhausleistungen) und B.2 (Belegärzte).</p> <p>Wird die AHB oder medizinische Rehabilitation ambulant durchgeführt, erstattet der Versicherer anstelle der allgemeinen Krankenhausleistungen den Tagessatz der Einrichtung, in der die Behandlung durchgeführt wird.</p> <p>Als medizinische Rehabilitation gelten nicht Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, wie z. B. Klimakuren oder Mutter-Kind-Kuren.</p>	<p>✓ CSR.30: stat. med. notwendige AHB: analog amb. AHB, s. CAZ-Tarif (vorherige Zusage oder für 3 Wochen)</p> <p>Teil III: Versicherer leistet bei med. notw. stat. AHB ge. Bedingungen in Einrichtungen, die von einem gesetzlichen Reha- bzw. Beihilfeträger hierfür anerkannt sind. CAZ.120: s. Tarif CAZ.30 CG.230: AVB, Teil II (§ 5 II (7)) - stat. med. notwendige AHB: s. Grundtarif (vorherige Zusage oder für 3 Wochen) CSR.120: S. Tarif CSR.30 CAZ.30: AVB, Teil II - amb. med. notw. AHB: tarifl. Leistungsanspruch bei vorheriger schriftl. Zusage des Versicherers (VR) oder für 3 Wochen (Verlängerungsantrag möglich), Antritt innerh. von 28 Tagen (aus z. B. med. Gründen ggf. auch später) nach stat. Akutbehandlung in einer vom gesetzl. Rehaträger anerkannten Einrichtung (wenn Rehaträger dem Grunde nach leistungspflichtig ist, muss dort vor AHB-Beginn schriftl. Leistungsantrag gestellt/beschieden werden; bewilligte/zu bewilligende Leistungen sind vorrangig zu beanspruchen/werden angerechnet). AVB, Teil III - amb. Reha-Maßnahmen: Erstattung aller versicherten Leistungen (Arzt, Arznei-, Heil- + Hilfsmittel usw.) sowie Kurtaxe/Kurplan; Maßnahme muss dazu dienen, Krankheiten/deren Verschlimmerung zu vermeiden/verhüten oder Dienstfähigkeit wiederherzustellen/zu erhalten. med. notw. stat. Reha-Maßnahmen: Erstattung wie oben + Unterkunft/Verpflegung (ggf. auch für Begleitperson), einschl. Fahrtkosten bis max. 250 EUR. Voraussetzungen: - gleichwertiger Erfolg durch amb. (Kur-/Reha-) Maßnahme unmöglich - Maßnahme erfolgt in entsprechender - vom gesetzl. Reha-/Beihilfeträger anerkannten - Einrichtung - bei mit Reha-/Beihilfeträger vereinbarter Abrechnung von Pauschalpreisen: Begrenzung auf diese Pauschale (ansonsten Unterkunft/Verpflegung zum niedrigsten Tagessatz der Einrichtung) - max. Verweildauer 21 Tage (Verlängerung aus med. Gründen ggf. möglich) - erneuter Anspruch frühestens im 3. darauf folgenden Kalenderjahr (kürzerer Zeitabstand aus med. Gründen ggf. möglich) - vorherige schriftl. Zusage des VR oder positiver Beihilfebescheid.</p>	<p>✓ W230, W220E: s. Grundtarif BB30, BB20E: stationäre AHB: Tarifliche Leistungen werden - auch ohne Zusage - gewährt, wenn sich innerhalb von 4 Wochen (aus medizinischen Gründen (z. B. nach stationärer Strahlentherapie) auch später) nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer "gemischten Krankenanstalt" anschließt, die AHB notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern und nicht länger als 4 Wochen dauert.</p> <p>ambulante AHB: Aufwendungen in einer auf ambulante AHB spezialisierten Einrichtung sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nach mit der GKV getroffenen Vereinbarungen abgerechnet werden.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger (hiermit sind nicht die Leistungen der Beihilfe gemeint), wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30, EXKLUSIV-B20V: § 5 Einschränkung der Leistungspflicht Teil I MB/KK (1) Keine Leistungspflicht besteht d) für Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.</p> <p>(5) Abweichend von § 5 Abs. 1d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung (AHB)) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die AHB innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die Anschlussheilbehandlung der Akutaufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird. Die Anschlussheilbehandlung kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden.</p>	<p>✓ BK50-U: Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für medizinisch notwendige ambulante, stationäre oder teilstationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die AHB innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden; bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. B550-U: s. Tarif BK</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	G2B30, G2B20P: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. GK30, GK20P: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	✔ BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: Ja. Besteht auch ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so erstattet der Versicherer die Leistungen, die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehen und notwendig sind (§ 6 (2) e) AVB/UV, Teil I). BC 20k, BC 30: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	⚠ CAZ.120, CAZ.30: Nein. Erstattet werden entweder (vereinbarte) Pauschalpreise oder Unterkunft/Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung. CSR.30, CSR.120: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. CG.320, CG.230: Sofern ein gesetzlicher Rehabilitationsträger dem Grunde nach leistungspflichtig ist, wird bei diesem vor Beginn der AHB ein Antrag auf Leistungen schriftlich gestellt und beschieden. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Werden diese Voraussetzungen aus Gründen, welche die versicherte Person zu vertreten hat, nicht erfüllt, ist der Versicherer nur in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Abzug der vom gesetzlichen Rehabilitationsträger sonst bewilligten Leistungen verbleiben würden. Sofern Wahlleistungen nicht in Anspruch genommen werden, kann ein Ersatzkrankenhaustagegeld beansprucht werden. Hinweis: CG.320, CG.230: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	W230, W220E: Nein. Für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht keine Leistungspflicht (Leistungen der Beihilfe gelten nicht als Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger). BB30, BB20E: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	⚠ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30: Die Einschränkung der Leistungspflicht (nach § 5 (1) d) entfällt. Hinweis: EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	B550-U: Nein. Für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht keine Leistungspflicht. BK50-U: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ GK30, GK20P: Ja. Leistung vorhanden, s. o. G2B30, G2B20P: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Leistung vorhanden, s. o. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ CSR.30, CSR.120: s. Tarif CAZ CAZ.120, CAZ.30: Ja. Leistung vorhanden, s. o. CG.230: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ BB30, BB20E: Ja. Leistung vorhanden, s. o. W230, W220E: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30, EXKLUSIV-B20V: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BK50-U: Ja. Leistung vorhanden, s. o. B550-U: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ GK30, G2B30, GK20P, G2B20P: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ CSR.30, CG.230, CSR.120: Ja. Leistung vorhanden, s. o. CAZ.120, CAZ.30: s. Tarif CSR	✔ BB30, BB20E: Ja. Leistung vorhanden, s. o. W230, W220E: Ja. Leistung vorhanden, s. Grundtarif.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30, EXKLUSIV-B20V: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BK50-U, B550-U: Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	✔ G2B30, G2B20P: s. Kompakttarif ⚠ Hinweis: GK30, GK20P: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ CSR.30, CG.230, CAZ.120, CAZ.30, CSR.120: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✖ W230, W220E: Nein. Stationäre AHB werden nur in "gemischten Krankenanstalten" erstattet (s. auch Grundtarif). BB30, BB20E: Nein. Stationäre AHB werden nur in "gemischten Krankenanstalten" (und ohne Zusage nur für 4 Wochen) erstattet.	✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30, EXKLUSIV-B20V: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ BK50-U, B550-U: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ GK30, GK20P: Ja. Leistung vorhanden, s. o. G2B30, G2B20P: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ BC 20k, BC 30: Ja. Leistung vorhanden, s. o. BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ CSR.30, CSR.120: s. Tarif CAZ CAZ.120, CAZ.30: Ja. Leistung vorhanden, s. o. CG.230: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✖ W230, W220E: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant BB30, BB20E: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✖ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30, EXKLUSIV-B20V: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✖ B550-U: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant BK50-U: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ GK30, G2B30, GK20P, G2B20P: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ CSR.30, CSR.120: s. Tarif CAZ CAZ.120, CAZ.30: Ja. Leistung vorhanden, s. o. CG.230: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✖ W230, BB30, BB20E, W220E: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✖ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30, EXKLUSIV-B20V: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✖ BK50-U, B550-U: Nein. Keine Leistung vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	 G2B30, G2B20P: s. Kompakttarif  Hinweis: GK30, GK20P: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	 BC 20k, BKlinikplus 30, BKlinikplus 20k, BC 30: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	CSR.30, CSR.120: s. Tarif CAZ CAZ.120, CAZ.30: Nein. Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen werden nur erstattet, sofern durch eine ambulante Maßnahme kein gleichwertiger Erfolg erzielt werden kann und vom Versicherer eine vorherige Zusage erteilt oder ein positiver Beihilfebescheid vorgelegt wurde (nur vereinbarte Pauschalpreise oder niedrigster Tagessatz); s. o. CG.230: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	W230, BB30, BB20E, W220E: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-BW 20V, EXKLUSIV-BW 30, EXKLUSIV-B20V: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	BK50-U, B550-U: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	<p>✓ GK30, GK20P: Erstattet werden insgesamt max. 3* ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen/Maßnahmen zur Entwöhnung**, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat und Erfolgsaussichten bestehen (von anderen Kostenträgern vollständig übernommene Maßnahmen werden angerechnet).</p> <p>* auch bei mehreren Suchterkrankungen ** auch aufgrund von nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z. B. Internetsucht, Spielsucht)</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Erstattungsfähig sind - während der gesamten Vertragslaufzeit - max. 3 ambulante oder stationäre Entwöhnungs-/Entziehungsmaßnahmen. Die Behandlungen müssen in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungskonzept verfügen. Bei stationärer Behandlung werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen ersetzt.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen für stoffgebundene Suchterkrankungen (keine Nikotinsucht) geleistet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht,</li> <li>- die stationäre Entziehungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmaßnahme zugelassenen Einrichtung oder die ambulante Entziehungsmaßnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt.</li> </ul> <p>Bei der ersten Entziehungsmaßnahme sind 100% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig, bei der zweiten und dritten 80%. Die verbleibenden 20% sind nach Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Bei stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.</p>	<p>✓ W230, W220E: Kein Leistungsanspruch bei Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren. (medizinisch notwendige stationäre Entgiftungen sowie der qualifizierte Entzug sind erstattungsfähig; sie gelten nicht als Entziehungsmaßnahme) BB30, BB20E: Erstattungsfähig sind während der Vertragsdauer einer Krankheitskostenvollversicherung insgesamt bis zu 3 medizinisch notwendige Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren zur Behandlung stoffgebundener Suchterkrankungen (ausgenommen Raucherentwöhnung), sofern kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht und wenn und soweit die Leistungen vor Behandlungsbeginn schriftlich vom Versicherer zugesagt wurden. Maßnahmen, die zu Lasten eines anderen Versicherers, eines Rehabilitationsträgers oder eines Krankheitskostentarifs des Versicherers durchgeführt wurden, werden auf die Anzahl der erstattungsfähigen Maßnahmen angerechnet.</p> <p>ambulant: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen max. bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung und für die Dauer von jeweils bis zu 24 Monaten. stationär: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Maßnahmen mit einer Dauer von bis zu 8 Wochen (medizinisch notwendige Entgiftung/qualifizierter Entzug ist erstattungsfähig; sie gelten nicht als Entziehungsmaßnahme im obigen Sinne). Zum Beihilfebemessungssatz gewährte Beihilfeleistungen gelten nicht als anderweitiger Anspruch.</p> <p>medizinisch notwendige ambulante Nachsorge nach stationären Entziehungsmaßnahmen: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen max. bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung und für die Dauer von bis zu 6 Monaten. Zum Beihilfebemessungssatz gewährte Beihilfeleistungen gelten nicht als anderweitiger Anspruch.</p>	<p>EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Bei der ersten Entziehungsmaßnahme (ausgenommen Nikotinsucht), für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, wird ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.</p>	<p>Bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme (außer bei Nikotinsucht), für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, wird nach vorheriger schriftlicher Zusage ein Kostenzuschuss von 80% der tariflichen Leistung gezahlt. Bei stationären Maßnahmen sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig (abzgl. Eigenanteil).</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✔ GK30, GK20P:   Versichert sind Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn                      - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die ausschließlich mittels befundensprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann                      - die Behandlung im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, erfolgt                      - eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15% besteht.</p> <p>Der Versicherer empfiehlt eine Klärung der Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn.                      Hinweis: GK30, GK20P:                      Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Spermienzellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30:   Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) sind erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn (d. h. vor Beginn der Hormonstimulation des ersten Behandlungszyklus) schriftlich zugesagt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn                      - eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vorliegt,                      - nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen wird,                      - noch kein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt wurde,                      - die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet haben,                      - es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15%) handelt und die Behandlung nach deutschem Recht erfolgt.</p> <p>Ein Leistungsanspruch besteht für höchstens 3 Inseminationen und 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI). Ein möglicher Erstattungsanspruch für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger wird angerechnet.</p>	<p>✔ CAZ.120, CAZ.30:   Erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung (Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Zusage, die erteilt wird, wenn über die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung hinaus folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind:                      - bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die nur mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann,                      - die Frau hat zum Zeitpunkt der Behandlung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet,                      - die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung),                      - die Behandlung entspricht deutschem Recht,                      - vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt.</p> <p>Tarifflich erstattet werden bis zu 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation sowie höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche aus In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatischen Spermieninjektion (einschl. der dabei erforderlichen IVF), intratubaren Gametentransfer (hiervon max. 2 Versuche).</p> <p>Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintritt, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist.                      Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange die o. g. erfüllt sind.                      Leistungsansprüche der versicherten Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. Staat, GKV) haben Vorrang und werden angerechnet.                      Hinweis: CAZ.120, CAZ.30:                      auch mitversichert, nach vorheriger schriftlicher Zusage: Aufwendungen* für eine einmalige Kryokonservierung, wenn der Versicherte eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und Leistungen für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung beanspruchen könnte.</p> <p>* Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, Transport, Einfrieren, Lagerung (nur, solange ein Leistungsanspruch für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung besteht), späteres Auftauen von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe</p>	<p>✔ BB30, BB20E:   Als Versicherungsfall gilt auch die medizinisch notwendige Befruchtung zur Erfüllung eines Kinderwunsches.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V:   Medizinisch notwendige künstliche Befruchtung (max. 3 Versuche) wird erstattet, sofern:                      - zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist,                      - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,                      - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und                      - eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.</p>	<p>✔ In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	<p>✔ GK30, GK20P: Die Kosten für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen* (DiGA) werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn die DiGA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder</li> <li>- durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird.</li> </ul> <p>Kosten für den Gebrauch der DiGA (z. B. Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien) sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>* Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen</p>		<p>✔ CAZ.120, CAZ.30: Erstattet werden Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die im entsprechenden Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V) enthalten sind, bis zu den dort genannten Preisen, sofern der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut die Anwendungen verordnet oder der Versicherer vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat.</p> <p>Andere DiGA sind im Versicherungsfall zu 80% des versicherten Prozentsatzes bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 EUR p. a. erstattungsfähig (nur nach vorheriger Zusage).</p> <p>max. Nutzungsdauer: 12 Monate, darüber hinaus ist eine neue Verordnung bzw. Zusage erforderlich Der Versicherer darf die DiGA auch selbst zur Verfügung stellen.</p> <p>Übernommen werden ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der DiGA; keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten.</p> <p>Eine DiGA muss ein Medizinprodukt niedriger Risikoklasse (I oder IIa) sein, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Tarifbedingungen genannten Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.</p>		<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA*), die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte enthalten sind und</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- von einem in den Bedingungen genannten Behandelnden oder einem Psychotherapeuten indikationsbezogen verordnet wurden (Erstverordnung ist vorzulegen; für Folgeverordnungen gleicher DiGA wird nur nach vorheriger Zusage in Textform geleistet) oder</li> <li>- der Versicherer vor Beginn der Anwendung eine Zusage in Textform erteilt hat, bis zu den im o. g. Verzeichnis aufgeführten Preisen.</li> </ul> <p>Das Vorliegen der medizinischen Indikation, für die die DiGA bestimmt ist, ist immer nachzuweisen.</p> <p>* = Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensation von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.</p> <p>Nicht erstattungsfähig: Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom und Batterien).</p>	<p>✔ Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA*), die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte enthalten sind und</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- von einem in den Bedingungen genannten Behandelnden oder einem Psychotherapeuten indikationsbezogen verordnet wurden (Erstverordnung ist vorzulegen; für Folgeverordnungen gleicher DiGA wird nur nach vorheriger Zusage in Textform geleistet) oder</li> <li>- der Versicherer vor Beginn der Anwendung eine Zusage in Textform erteilt hat, bis zu den im o. g. Verzeichnis aufgeführten Preisen.</li> </ul> <p>Das Vorliegen der medizinischen Indikation, für die die DiGA bestimmt ist, ist immer nachzuweisen.</p> <p>* = Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensation von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.</p> <p>Nicht erstattungsfähig: Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom und Batterien).</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<p>✔ G2B30, G2B20P: Beitragsbefreiung (einschl. eines ggf. für diesen Tarif zu zahlenden Risikozuschlags) für max. 3 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld im Sinne des BEEG bezieht, sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mind. 8 Monate im Tarif G2B versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheids vorgelegt wird.</p> <p>GK30: Bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses (z. B. zu Hause oder im Geburtshaus) wird - unabhängig vom versicherten Prozentsatz - eine Pauschale von 600 EUR gezahlt (Einmalzahlung je Geburt).</p> <p>Beitragsbefreiung (einschl. eines ggf. für diesen Tarif zu zahlenden Risikozuschlags) für max. 3 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) bezieht, sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mind. 8 Monate im Tarif GK versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheids vorgelegt wird.</p> <p>GK20P: Entbindungspauschale (Einmalzahlung je Geburt): volle Leistung aus Tarif GK30, s. dort</p> <p>Beitragsbefreiung (einschl. eines ggf. für diesen Tarif zu zahlenden Risikozuschlags) für max. 3 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) bezieht, sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mind. 8 Monate im Tarif GK versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheids vorgelegt wird.</p>	<p>BC 20k, BC 30: Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.</p>	<p>✔ CAZ.120, CAZ.30: Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen eine Geburtspauschale aus 600 EUR in Höhe des versicherten Prozentsatzes der Mutter erstattet. (Für eine Entbindung in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung (z. B. Geburtshaus, Hebammenhaus) sind anstelle der Geburtspauschale höchstens die Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer entsprechenden Geburt im Krankenhaus entstanden wären.) Für Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird pauschal ein Zuschuss aus 250 EUR in Höhe der Prozentstufe des versicherten Kindes erstattet, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Mitversicherung unter drei Jahre ist.</p>	<p>BB30, BB20E: Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.</p>	<p>EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.</p>	
Garantierte Beitragsrückerstattung?	<p>GK30, G2B30, GK20P, G2B20P: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.</p> <p>GEP: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.</p>	<p>BC 20k, BC 30: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.</p>	<p>BEb.50, CAZ.120, CAZ.30: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.</p>	<p>BB30, BB20E: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.</p>	<p>EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.</p>	<p>Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.</p>

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreiem Jahr?	<p>✔ GK30, GEP, GK20P: Die BRE beträgt bei Leistungsfreiheit zzt.: 1 Monatsbeitrag (MB) für 1 Jahr 1,5 MB für 2 Jahre 2,0 MB für 3 Jahre 2,5 MB für 4 Jahre 3,0 MB für 5 und mehr leistungsfreie Jahre.</p> <p>anteilige BRE bei unterjährigem Beginn</p> <p>BRE-unschädlich sind Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung, die Entbindungspauschale sowie zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen; entsprechende Leistung muss für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar sein. G2B30, G2B20P: Die BRE beträgt bei Leistungsfreiheit zzt.: 1 Monatsbeitrag (MB) für 1 Jahr 1,5 MB für 2 Jahre 2,0 MB für 3 Jahre 2,5 MB für 4 Jahre 3,0 MB für 5 und mehr leistungsfreie Jahre.</p> <p>anteilige BRE bei unterjährigem Beginn</p>	<p>✔ PVB: Die BRE beträgt zzt.: 1-3 leistungsfreie Kalenderjahre = 1 Monatsbeitrag 4 leistungsfreie Kalenderjahre = 1,5 Monatsbeiträge 5 und mehr leistungsfreie Kalenderjahre = 2 Monatsbeiträge</p> <p>Wurden ausschließlich Untersuchungen (ohne Beratungskosten) nach den GOÄ-Ziffern 23–29, 4851 und/oder den GOZ-Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 2000 (nicht im Rahmen KFO), 4050, 4055, 4060 erstattet, bleibt der BRE-Anspruch bestehen. BC 20k, BC 30: Die BRE beträgt zzt.: - 2 Monatsbeiträge für 1-3 leistungsfreie Jahre - 2,5 Monatsbeiträge für 4 leistungsfreie Jahre - 3 Monatsbeiträge für 5 und mehr leistungsfreie Jahre. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird die BRE anteilig ausgezahlt.</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen nach den GOÄ-Ziffern 23– 29 und 4851 sowie Schutzimpfungen, prophylaktische zahnärztliche Leistungen (nach Abschnitt B der GOZ einschl. PZR) und Fissurenversiegelungen (GOZ-Ziffer 2000) sind BRE- unschädlich.</p>	<p>✔ CG.320, CSR.30, CG.230, CSR.120: Zurzeit wird keine Beitragsrückerstattung aus diesem Tarif gezahlt. BEb.50, CAZ.120, CAZ.30: Die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit beträgt zzt.: - 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 KJ (Kalenderjahr) - 1,5 MB für 2 KJ - 2 MB für 3 KJ - 2,5 MB für 4 KJ - 3 MB für 5 KJ</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Die Beitragsrückerstattung beträgt zzt.: 1,0 Monatsbeiträge für 1 leistungsfreies Kalenderjahr 1,5 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Kalenderjahre 2,0 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Kalenderjahre 2,5 Monatsbeiträge für 4 leistungsfreie Kalenderjahre 3,0 Monatsbeiträge für 5 und mehr leistungsfreie Kalenderjahre.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: BRE ab Auszahlungsjahr 2022: - 2 Monatsbeiträge ab 1 leistungsfreiem Jahr - anteilige BRE bei unterjährigem Beginn - Kinder/Jugendliche = 1/2 BRE</p>	<p>✔ BRE ab Auszahlungsjahr 2022: 1 leistungsfreies Jahr = 1,0 Monatsbeitrag 2 leistungsfreie Jahre = 1,0 Monatsbeitrag 3 leistungsfreie Jahre = 1,5 Monatsbeiträge 4 leistungsfreie Jahre = 2,0 Monatsbeiträge ab 5 leistungsfreien Jahren = 2,5 Monatsbeiträge - inkl. Portabilitätsbaustein PIT - anteilige BRE bei unterjährigem Beginn* - Kinder/Jugendliche = 1/2 BRE</p> <p>* Wurde für das Beginnjahr eine anteilige BRE gezahlt, wird das Jahr bei der Ermittlung der leistungsfreien Jahre nicht berücksichtigt.</p>
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neubeschluss?	<p>✔ GK30, GK20P: Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.</p>	<p>CAZ.120, CAZ.30: Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt; bei Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.</p>	<p>BB30, BB20E: Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten; sie entfallen bei Unfällen. Bei Übertritt aus der GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten erlassen/angerechnet werden (mit Ausnahme der Wartezeiten für Zahnersatz und Kieferorthopädie).</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.</p>	<p>Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.</p>
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtschäden?	<p>✔ GK30, GK20P: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, sind vor der Geburt entstandene körperliche oder geistige Schädigungen und Erkrankungen in den Versicherungsschutz eingeschlossen.</p>	<p>✔ CAZ.120, CAZ.30: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.</p>	<p>✔ Ja, werden Neugeborene gemäß § 2 Absatz 2 MB/ KK mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.</p>
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	<p>✔ GK30, GK20P: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ BC 20k, BC 30: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist bei Eintritt der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der GKV vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ CAZ.120, CAZ.30: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ BB30, BB20E: Ja. Besteht mit Wegfall des Beihilfenspruchs Versicherungspflicht in der GKV, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das vorbestehende Versicherungsverhältnis in eine Zusatzversicherung umgestellt wird. Für bisher nicht versicherte Leistungen kann ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss verlangt werden.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ Der Deutsche Ring verpflichtet sich ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, der (ggf. auch teilweise) die unmittelbare Fortsetzung des vorher versicherten Leistungsumfanges nach der Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung vorsieht.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	<p>✓ GK30, GK20P: Ja. Keine Leistungspflicht besteht bei Kriegsereignissen nur für solche Krankheiten einschli. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Ja. Wird die versicherte Person im Ausland durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen überrascht und hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet rechtzeitig zu verlassen, bleibt die Leistungspflicht bestehen.  Für Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die durch terroristische Anschläge verursacht werden, wird grundsätzlich geleistet.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei Kriegsereignissen im Ausland, wenn a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: innerhalb des Staats, in dem die versicherte Person (VP) ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat: Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschli. ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in diesem Land stehen.  außerhalb des Staats, in dem die VP ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat: Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschli. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die VP sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt. Hat das Auswärtige Amt für ein Land bzw. eine Region eines Landes, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu 2 Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt. Die VP hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die VP in ein Land bzw. eine Region reist, für das seit mind. 1 Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Leistungspflicht besteht für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist (und generell für durch Terroranschläge verursachte Krankheiten etc.). Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet (unter Anrechnung der gesetzlichen Leistungen, z. B. aus Unfallversicherung, Rentenversicherung).</p>	<p>✓ Der Versicherer verzichtet auf die sogenannte Kriegsklausel in den Bedingungen.</p>
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	<p>✓ GK30, GK20P: Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate.</p>	<p>✓ BC 20k, BC 30: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.</p>	<p>✓ CAZ.120, CAZ.30: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.</p>	<p>✓ BB30, BB20E: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.</p>	<p>✓ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Beginnt der Vertrag nicht am 01. Januar, so endet das erste Versicherungsjahr am 31.12. des darauffolgenden Kalenderjahres.</p>
Sonstiges		Keine Leistung vorhanden.			<p>✓ EXKLUSIV-B30, EXKLUSIV-B20V: Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.</p>	<p>✓ PIT50-U: Zusatzbaustein "Übertragungswert" BK50-U: Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher) erstattungsfähig.</p>
<b>Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)</b>						
Beihilfe - Restkosten	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Beihilfegängung - allgemeine Tarif-/ Erstattungshinweise des Versicherers	<p>✔ Der Tarif übernimmt die nach Vorleistung der Beihilfe und dem Grundtarif GK verbleibenden Kosten in voller Höhe; für einige Leistungen gibt es Budget-Grenzen (s. nachfolgende Leistungspunkte). Ohne Leistungsanspruch aus dem Tarif GK erfolgt auch keine Erstattung aus dem Tarif GEP (gilt nicht für Zuzahlungen, s. Leistungspunkt "Sonstiges"). Eine Vorleistung der Beihilfe ist nicht Leistungsvoraussetzung; zustehende Leistungen der Beihilfe müssen aber in Anspruch genommen werden (Beihilfebescheid oder Ablehnungsbescheid der Beihilfe ist vorzulegen). Leistungen, die nicht fristgerecht bei der Beihilfe eingereicht werden, sind nicht über den GEP versichert.</p>	<p>✔ Der Versicherer erstattet die Aufwendungen, die unter Anrechnung der Beihilfeansprüche und der Versicherungsleistungen nach dem Tarif BeihilfeCOMFORT ("Grundabsicherung") und BeihilfeKlinikPlus verbleiben.</p> <p>Voraussetzung ist, dass der Beihilfebemessungssatz und die prozentuale Absicherung der Grundabsicherung 100% betragen. Ist dies nicht der Fall, erfolgt die Erstattung aus diesem Tarif nur insoweit, als die Grundabsicherung mit dem erforderlichen Erstattungsprozentsatz bestehen würde.</p>	<p>✔ Die nachfolgend genannten erstattungsfähigen tariflichen Aufwendungen werden zu 50% erstattet - jedoch zusammen mit beihilfefähigen Anteilen nicht mehr als 100%.</p>	<p>✔ Erstattet werden die nach Anrechnung von Beihilfeleistungen, den Leistungen aus dem Grundtarif ("Grundabsicherung") und einem ggf. vereinbarten Wahlleistungstarif verbleibenden Aufwendungen; diese Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.</p> <p>Eine Kopie des Beihilfebescheids mit Anlagen (bzw. der Ablehnungsbescheid) ist vorzulegen.</p> <p>Sofern nicht anders bestimmt, ist Leistungsvoraussetzung, dass für die jeweiligen Aufwendungen nach den Bestimmungen des Grundtarifs eine Vorleistung erbracht wird.</p> <p>Wird für eine Leistung vorausgesetzt, dass die Aufwendungen beihilfefähig sein müssen, bedeutet dies, dass hierfür nachweislich Beihilfeleistungen erbracht werden.</p> <p>Die in den nachfolgenden Leistungspunkten "Heilpraktiker", "Hilfsmittel", "Sehhilfen" ff. aufgeführten Leistungen sind bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland versichert.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-BES 50: Erstattungsprozentsatz der Tarifstufe muss mit Beihilfebemessungssatz für stationäre Heilbehandlung übereinstimmen; Erstattungsprozentsatz des Grundtarifs ("Grundabsicherung") für stationäre Heilbehandlung darf zusammen mit Erstattungsprozentsatz dieser Tarifstufe nicht mehr als „100“ betragen.</p> <p>Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung analog EXKLUSIV-B-E(1).</p> <p>Für Tarifstufe EXKLUSIV-BE-50 gilt ein Erstattungsprozentsatz von 50.</p> <p>EXKLUSIV-BE1 50: Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife ("Grundabsicherung") für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als „100“ betragen.</p> <p>Die Höhe der tariflichen Leistung (für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung) wird aus den in den Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.</p> <p>Für Tarifstufe EXKLUSIV-B-E1 50 gilt ein Erstattungsprozentsatz von 50.</p> <p>Leistungen für Heilbehandlungen bei Auslandsreisen werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100% erbracht.</p>	<p>✔ Die Tarife BK ("Grundabsicherung") und BS müssen in der Weise versichert sind, dass der Erstattungsprozentsatz dieser Kombination und der Beihilfebemessungssatz zusammen 100% ergeben.</p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten, die bei Anrechnung der Leistungen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und der Versicherungsleistungen nach der Grundabsicherung und Tarif BS verbleiben (s. nachfolgende Leistungspunkte).</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Bietet der Beihilfegängertarif Versicherungsschutz für akut auftretende Fälle während einer Auslandsreise? (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	<p>✓ Bei Behandlungen im Ausland erstattet der Versicherer die Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus.</p> <p>Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn die private Pflegepflichtversicherung während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird.</p>	<p>✓ Bei Reisen ins Ausland - bis zu einer max. Dauer von 56 Tagen - werden die nach der Grundabsicherung erstattungsfähigen Aufwendungen unter Anrechnung der Leistungen aus der Grundabsicherung und eventueller Leistungen der Beihilfe erstattet.</p> <p>Die Erstattung erfolgt zu ortsüblichen Preisen. Es gelten die Summenbegrenzungen und Erstattungsgrundsätze der Grundabsicherung. Nicht erstattet werden Aufwendungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen und Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung.</p>	<p>✗ Keine Leistungen.</p>	<p>✓ Bei Auslandsreisen für bis zu 6 Monate besteht Versicherungsschutz*; Verlängerung (unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall), wenn die versicherte Person aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann - bis zum möglichen Rückreiseantritt.</p> <p>* für medizinisch notwendige ambulante, stationäre oder zahnärztliche Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.</p> <p>Bei gezielter Heilbehandlung im Ausland bleibt der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in Deutschland zu erbringen wären; keine Begrenzung bei vorheriger Zusage.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-BE1 50: Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu 8 Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100%.</p> <p>EXKLUSIV-BES 50: Keine Leistungen.</p>	<p>✗ Keine Leistungen.</p>
Sieht der Beihilfegängertarif Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport / Überführung im Todesfall vor?	<p>✓ Erstattet werden die verbleibenden Kosten für: - medizinisch notwendige Rücktransporte (ggf. einschl. erforderlicher, medizinisch geschultem Begleitpersonal). - Rettungsflüge - Überführung oder Bestattung am Sterbeort, bis max. 10.000 EUR.</p>	<p>✗ Leistungen werden aus dem Grundtarif erstattet - zu 100%.</p>	<p>✗ Keine Leistungen.</p>	<p>✓ Erstattet werden - Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport (unabhängig von der Vorleistung aus dem Grundtarif) - notwendige Kosten für eine medizinisch erforderliche Begleitperson - notwendige Mehrkosten für die Rückreise von Minderjährigen + ggf. erforderlicher Begleitung bei Verhinderung der "eigentlichen" Begleitperson (unabhängig von der Vorleistung aus dem Grundtarif) - Überführungskosten, bis max. 12.000 EUR</p> <p>Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-BE1 50: Erstattungsfähig zu 100% sind: - medizinisch sinnvolle und vertretbare Krankenrücktransporte - Überführungskosten oder Kosten für die Bestattung am Sterbeort, bis zu 11.000 EUR (entsprechende Kostenbelege und amtliche Sterbeurkunde müssen vorgelegt werden). EXKLUSIV-BES 50: Keine Leistungen.</p>	<p>✓ Erstattet werden (verbleibende) Mehraufwendungen für medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Rücktransporte in voller Höhe (auch für Ambulanzflüge durch Vermittlung von Vertragspartnern des Versicherers; ansonsten bis zu der Höhe, die bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung der Vertragspartner entstanden wäre).</p> <p>Überführungskosten sind nicht mitversichert.</p>
Erstattet der Beihilfegängertarif Heilpraktikerkosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/des Gebüh?	<p>✓ Erstattet werden die verbleibenden Kosten für Behandlungen durch Heilpraktiker (nach Gebüh oder Hufeland-Leistungsverzeichnis; auch über den Gebührenrahmen hinaus) einschl. der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel - bis max. 2.000 EUR p. a.</p>	<p>✓ Erstattet werden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bis zu den Höchstsätzen des Gebüh einschl. Arznei- und Verbandmittel. Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebüh und darüber hinaus sonstige von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.</p>	<p>✓ Erstattet werden die unter Anrechnung beihilfefähiger Anteile verbleibenden Aufwendungen für die im Gebüh aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren (bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag), bis max. 500 EUR p. a. (bei Versicherungsbeginn nach dem 01.01. ermäßigt sich der Betrag für das Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat).</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind Behandlungen (einschl. Osteopathie) eines Heilpraktiker bis zu den Höchstbeträgen des Gebüh sowie die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.</p>	<p>✓ EXKLUSIV-BE1 50: Behandlungen durch Heilpraktiker sind erstattungsfähig. Berücksichtigungsfähig sind die Kosten im Rahmen des Gebüh für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßigen Leistungsprozentsatz von 100% bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR p. a. Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.</p> <p>EXKLUSIV-BES 50: Keine Leistungen.</p>	<p>✓ Erstattet werden verbleibende Kosten für Heilpraktikerleistungen - bis zum jeweiligen Höchstbetrag des Gebüh.</p>
Sind nicht beihilfefähige Hilfsmittel u./o. Hilfsmittel ohne Begrenzung auf beihilfefähige Höhe aus dem Beihilfegängertarif erstattungsfähig?	<p>✓ Versichert sind die verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel (Hilfsmittel-Definition analog Grundtarif).</p> <p>Verbleibende Kosten für ärztlich verordnete Hörgeräte werden bis max. 2.000 EUR je Ohr erstattet.</p>	<p>✓ Erstattet werden beihilfefähige Hilfsmittel (Hörgeräte bis max. 1.500 EUR je Ohr).</p>	<p>✗ Keine Leistungen.</p>	<p>✓ Erstattet werden Aufwendungen* für beihilfefähige medizinisch notwendige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte.</p> <p>* Anschaffung, Wiederbeschaffung, Unterweisung im Gebrauch, Wartung und Reparatur</p>	<p>✓ EXKLUSIV-BES 50: Keine Leistungen. EXKLUSIV-BE1 50: Hilfsmittel sind zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattungsfähig, sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (Bezugsart/Zusagefordernis analog Grundabsicherung).</p>	<p>✓ Verbleibende Kosten für Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, werden erstattet (Bezugsart/Zusagefordernis analog Grundabsicherung).</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Sind Kosten für Sehhilfen aus dem Beihilfegängertarif erstattungsfähig?	✔ Erstattet werden die verbleibenden Kosten für: - Sehhilfen, bis 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (oder früher: bei festgestellter Veränderung der Sehschärfe von mind. 0,5 Dioptrien) - operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschl. erforderlicher Vor- und Nachuntersuchungen, bis 2.000 EUR je Auge (ab 3. Versicherungsjahr).	✔ Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) werden bis zu 100 EUR Euro innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattet.	✔ Sehhilfen (Brille oder Kontaktlinsen): Erstattet wird der nach Abzug beihilfefähiger Aufwendungen verbleibende Betrag, jedoch nicht mehr als 62,50 EUR; erneuter Anspruch frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug oder bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.  Bei Bezug von medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen (anstelle einer medizinisch notwendigen Brille) werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.	✔ Sehhilfen werden bis insgesamt zu 600 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattet - auch ohne ärztliche Verordnung, sofern sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden.	✔ EXKLUSIV-BE1 50: Sehhilfen (Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen) sind erstattungsfähig. Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 300 EUR zu berücksichtigen (600 EUR ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien), 1x innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.  Wurde eine brechkraftverändernde Augenoperation (LASIK/ LASEK) durchgeführt und der Zuschuss für die Operation aus dem Tarif EXKLUSIV-B in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den 5 darauf folgenden Kalenderjahren auch aus diesem Tarif kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen. EXKLUSIV-BES 50: Keine Leistungen.	✔ Verbleibende Kosten für Sehhilfen (einschl. Reparatur) werden wie folgt erstattet: - Brillengläser: Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung - Brillenfassungen: bis max. 125 EUR Rechnungsbetrag - Kontaktlinsen: nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien).  Erneuter Anspruch für Brillen 2 Jahre nach dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien insgesamt. Keine Erstattung für Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen.
Sind Kosten für Schutzimpfungen aus dem Beihilfegängertarif erstattungsfähig?	✔ Erstattet werden die verbleibende Kosten für ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (einschl. reise- und berufsbedingte Schutzimpfungen). Aus den Rechnungen ersichtliche Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich.	✔ Erstattet werden Reiseschutzimpfungen und Malaria prophylaxe einschl. der erforderlichen Arzneimittel.	❌ Keine Leistungen.	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Schutzimpfungen einschl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen. Als medizinisch notwendig gelten insbesondere die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts empfohlenen Schutzimpfungen.	✔ EXKLUSIV-BE1 50: Vorbeugende Schutzimpfungen im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland sind inkl. Impfstoff erstattungsfähig. Berücksichtigungsfähig sind die entstandenen Aufwendungen zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. EXKLUSIV-BES 50: Keine Leistungen.	✔ Verbleibende Kosten für Schutzimpfungen werden erstattet.
Sind Kosten für ambulante Kuren aus dem Beihilfegängertarif erstattungsfähig? (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	✔ ambulante (und stationäre) Kurbehandlungen: versichert sind die verbleibenden Kosten (Leistungen analog Grundtarif)  Kurtagegeld nach einem stationären Aufenthalt: 100 EUR, für max. 28 Tage (Leistungsvoraussetzungen s. Grundtarif)	✔ Bei einer ärztlich verordneten Kur wird ein Kurtagegeld von 40 EUR gezahlt - für max. 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren.	❌ Keine Leistungen.	✔ Zahlung eines Kurtagegeldes von 30 EUR für die Dauer beihilfefähiger ambulanter (und stationärer) Kuren, max. für 28 Tage innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	✔ EXKLUSIV-BE1 50: Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kurort sowie in Sanatorien oder in "gemischten Krankenanstalten", die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen, wird ein Kurtagegeld von 10 EUR gezahlt, sofern und solange Beihilfeleistung für Unterkunfts- und Verpflegungskosten gewährt werden. EXKLUSIV-BES 50: Keine Leistungen.	✔ Bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen werden verbleibende Aufwendungen für ärztliche und physikalisch-medizinische Leistungen erstattet.
Sind Differenzkosten für das 1-Bettzimmer aus dem Beihilfegängertarif erstattungsfähig?	❌ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: über G1B versicherbar	✔ Erstattet werden die Differenzkosten zwischen dem 1- und 2-Bettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Entbindung, Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitation. Wird die Wahlleistung 1-Bettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR gezahlt.	❌ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: über CSD. versicherbar	❌ Keine Leistungen. Tarif W1xx übernimmt Restkosten für Wahlleistungen (Unterbringung im 1-Bettzimmer).	✔ Erstattet werden zu 50% die Kosten im Sinne der BPIV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer abzüglich der Vorleistung der Beihilfe. Hinweis: über EXKLUSIV-BE-S xx oder EXKLUSIV-BW 100 versicherbar	✔ Erstattet wird die Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen für das 1- und 2-Bettzimmer.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Sind Kosten für die Überschreitung des GOÄ-Höchstsatzes bei stationären Behandlungen aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig?	<p>✔ Versichert sind die verbleibenden Kosten für gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.</p> <p>Die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Kosten privatärztlicher Behandlungen werden in voller Höhe aus Tarif G2B erstattet.</p>	<p>✔ Erstattet werden gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Entbindung, Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitation, sofern die Leistungen nicht bereits nach der Grundabsicherung und dem Tarif BeihilfeKlinikPlus erstattet werden - über die in der GOÄ festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, soweit sie die Höchstsätze der GOÄ bzw. GOZ übersteigen.</p>	<p>✔ belegärztliche Behandlung: Verbleibende Mehrkosten einer Honorarvereinbarung, für die nur deshalb aus dem Grundtarif kein Leistungsanspruch oder kein Anspruch auf Beihilfe besteht, weil sie die Höchstsätze der gültigen Gebührenordnung übersteigen, werden bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung erstattet.</p> <p>wahlärztliche Behandlung ("Chefarzt"): Tarif W1xx übernimmt Restkosten für Wahlleistungen.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-BES 50: Erstattet werden zu 50% die Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistungen gem. § 18 KHEntgG nach der GOÄ (gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. - entbindungspflegern) abzüglich der Vorleistung der Beihilfe.</p> <p>Soweit Beihilfevorschriften eine Selbstbeteiligung vorsehen, gehört diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.</p> <p>EXKLUSIV-BE1 50: über EXKLUSIV-BE-S xx oder EXKLUSIV-BW 100 versicherbar</p>	<p>✔ Erstattet werden verbleibende Kosten für gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe (auch bei vor- und/ oder nachstationärer Behandlung).</p>
Sind Kosten für stationäre Kuren aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig? (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	<p>✔ stationäre (und ambulante) Kurbehandlungen: versichert sind die verbleibenden Kosten (Leistungen analog Grundtarif)</p> <p>Kurtagegeld nach einem stationären Aufenthalt: 100 EUR, für max. 28 Tage (Leistungsvoraussetzungen s. Grundtarif)</p> <p>Kur-Pauschale auf Antrag: 1.000 EUR für jeden stationären Kuraufenthalt in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (gemischte Krankenanstalt, Sanatorium), die unterständiger ärztlicher Leitung steht; Nachweis erforderlich</p>	<p>✔ Bei einer ärztlich verordneten Kur wird ein Kurtagegeld von 40 EUR gezahlt - für max. 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren.</p>	<p>✔ Bei ärztlich verordneten Kur- und Sanatoriumsaufenthalten wird ein Kurtagegeld von 25 EUR max. für 28 Tage gezahlt; erneuter Anspruch nach Ablauf von 3 Jahren.</p>	<p>✔ Zahlung eines Kurtagegeldes von 30 EUR für die Dauer beihilfefähiger stationärer (und ambulanter) Kuren, max. für 28 Tage innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-BE1 50: Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kurort sowie in Sanatorien oder in "gemischten Krankenanstalten", die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen, wird ein Kurtagegeld von 10 EUR gezahlt, sofern und solange Beihilfeleistung für Unterkunft- und Verpflegungskosten gewährt werden.</p> <p>EXKLUSIV-BES 50: Keine Leistungen.</p>	<p>❌ Keine Leistungen.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Sind Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig?	<p>✔ Erstattet werden die verbleibenden Kosten für Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen*, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung, auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus.</p> <p>* aus den Rechnungen ersichtliche Prophylaxemaßnahmen sind BRE-unschädlich Hinweis: Summenbegrenzung (Zahnstafel) für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung (analog Grundtarif).</p>	<p>✔ Erstattet werden gesondert berechenbare zahntechnische Auslagen, Material- und Laborkosten.</p> <p>⚠ Hinweis: Erstattungshöchstbeträge: - 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren (entfällt für unfallbedingte Maßnahmen) - 6.000 EUR p. a. ab dem 3. Kalenderjahr.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten bei Zahnersatz – bis zu dem im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen genannten Preisen – zu 40%.</p> <p>⚠ Die Höhe der Erstattung erfolgt entsprechend der versicherten Prozentstufe (= 50%).</p> <p>Dem Versicherer muss vor Behandlungsbeginn die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inkl. Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors) nachgewiesen werden, sofern die Zahnersatzkosten insgesamt voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 EUR übersteigen; anderenfalls besteht für die über 2.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.</p> <p>Bei Implantaten muss die medizinische Notwendigkeit immer (betragsunabhängig) vor Behandlungsbeginn nachgewiesen werden, ansonsten erfolgt die Erstattung insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung.</p> <p>Hinweis: Es gelten folgende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge: 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 2.000 EUR im 1. bis 2. KJ, 3.000 EUR im 1. bis 3. KJ, 4.000 EUR im 1. bis 4. KJ, 5.000 EUR im 1. bis 5. KJ, 5.000 EUR jährlich ab dem 6. KJ.</p> <p>Summenbegrenzung entfällt für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.</p>	<p>✔ Erstattet werden beihilfefähige gesondert berechenbare zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Behandlung einschli. Kieferorthopädie.</p>	<p>✔ EXKLUSIV-BE1 50: Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für - Zahnbehandlung (einschl. Röntgenaufnahme sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe - Zahnersatz einschli. Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen und für Keramikverblendungen.</p> <p>Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz wird als max. berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht (teilt der Versicherer auf Anfrage mit), zugrunde gelegt.</p> <p>Berücksichtigungsfähig sind im 1. und 2. Kalenderjahr 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages (jährliche zahnärztliche Kontrolluntersuchung erforderlich zur Beibehaltung des Erstattungssatzes (analog Grundabsicherung)). EXKLUSIV-BES 50: Keine Leistungen.</p>	<p>✔ Erstattet werden verbleibende Aufwendungen für - Zahnbehandlung, zu 100% - Zahnersatz (einschl. funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, Keramikverblendungen bis Zahn 6), zu 60% - Kieferorthopädie, zu 60% - zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschl. PZR), zu 100%.</p> <p>Hinweis: Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 3.300 EUR im 1. Versicherungsjahr (VJ = Kalenderjahr) - 4.950 EUR im 2. VJ - 6.600 EUR im 3. VJ - 8.250 EUR ab 4. VJ. Bei unfallbedingten Behandlungen in den ersten 3 VJ gilt der Höchstsatz für das 4. VJ.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia GK20P GK30 G2B20P G2B30 GEP PVB	BBKK BC 20k BC 30 BErgänzung+ BKlinik+ 20k BKlinik+ 30 PVB	Hallesche CAZ.120 CAZ.30 BEb.50 CG.230 CG.320 CSR.120 CSR.30 URZ JOKER.flex PVB	R+V BB20E BB30 EB1 W220E W230 PPB	Signal Iduna EXKLUSIV-B 30 EXKLUSIV-B 20V EXKLUSIV-B-E1 50 EXKLUSIV-B-ES 50 EXKLUSIV-B-W 20V EXKLUSIV-B- W 30 PVB	Deutscher Ring BK 50 BE + BE PIT 50 BS 50 PVB
<b>Monatsbeitrag:</b>	332,51 €	360,77 €	362,47 €	320,95 €	305,47 €	361,27 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	95 %	92 %	86 %	84 %	84 %	83 %
Beihilfergänzung - Sonstiges	<p>✔ Erstattet werden auch die verbleibenden Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Heilbehandlungen (einschl. ärztlich verordneter Arzneimittel und Patientenschulungen - Aufzählung nicht abschließend), psychotherapeutische Behandlung, Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger, Heilmittel, Transporte, Haushaltshilfen (max. 50 EUR täglich, bis zu 50 Tage p. a.), häusliche Krankenpflege, Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung, SAPV, Sozialpädiatrie und Frühförderung, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen</li> <li>- stationär: Heilbehandlungen (allgemeine Krankenhausleistungen, Beleghebamme (-entbindungspfleger), notwendiger Transport zum und vom Krankenhaus), Rooming-In, Hospizleistung, Kurzzeitpflege bei vorübergehendem Hilfebedarf</li> <li>- DiGA</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, allgemeine stationäre Krankenhausbehandlungen, medizinische Rehabilitation, medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter; unabhängig davon, ob nach Vorleistung der Beihilfe und Tarif GK Kosten verbleiben oder nicht.</li> </ul> <p>Ärztliche Leistungen sind auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.</p> <p>Die in den Beihilfavorschriften festgelegten Kostendämpfungspauschalen sind nicht versichert.</p> <p>Beitragsbefreiung (einschl. eines ggf. für diesen Tarif zu zahlenden Risikozuschlags) für max. 3 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld im Sinne des BEEG bezieht, sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mind. 8 Monate im Tarif GEP versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheids vorgelegt wird.</p>	<p>✔ Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel</li> <li>- ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschl. Arznei- und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen (bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen)</li> <li>- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte bis zu 100 EUR p. a., sofern sie nicht bereits aus der Grundabsicherung erstattet werden.</li> </ul> <p>Soweit Beihilfavorschriften oder die Grundabsicherung Selbstbeteiligungen (z. B. als absoluter Selbstbehalt, Eigenbehalte, Kostendämpfungspauschale, Abzugsbeträge bezeichnet) vorsehen, gehören diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen und sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✔ In der Beihilfeverordnung vorgesehene Selbstbehalte auf beihilfefähige Aufwendungen (z. B. als Eigenbehalte, Selbstbehalte, Abzugsbeträge, Kostendämpfungspauschale bezeichnet) sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbleibende Mehrkosten einer Honorarvereinbarung (bei medizinisch notwendiger ambulanter Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)</li> <li>- beihilfefähige häusliche Pflege (ärztlich verordnete medizinisch notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung), ohne Vorleistung aus dem Grundtarif</li> <li>- ambulante ärztliche Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten oder im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung</li> <li>- nicht beihilfefähige Arznei- und Verbandmittel (müssen aus dem Grundtarif erstattungsfähig sein)</li> <li>- verbleibende Aufwendungen für Heilmittel (Mehrkosten für medizinisch notwendige Hausbesuche und Geburtsvorbereitungskurse ohne Vorleistung aus dem Grundtarif)</li> <li>- zahnärztliche Leistungen zur Versorgung mit Zahnimplantaten einschl. hierzu medizinisch notwendiger Knochenaufbaumaßnahmen sowie gesondert berechenbare zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten sowie</li> <li>- Zahlung einer Geburtspauschale von 300 EUR. Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</li> </ul> <p>Nicht erstattungsfähig sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in den gültigen Beihilfavorschriften festgelegte Zuzahlungen und Kostendämpfungspauschalen</li> <li>- Aufwendungen, für die nach den Bestimmungen des vereinbarten Grundtarifs kein Leistungsanspruch besteht, es sei denn, es ist etwas anderes bestimmt.</li> </ul>	<p>✔ EXKLUSIV-BE1 50: Keine Wartezeiten. EXKLUSIV-BES 50: Zahlung eines Krankenhaustagegeldes von 10 EUR bei stationärer Krankenhausbehandlung/Entbindung.</p> <p>Keine Wartezeiten.</p>	<p>✔ Erstattet werden auch verbleibende Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante ärztliche Heilbehandlung, gezielte Sorgeuntersuchung (50 psychotherapeutische Sitzungen p. a. (ab 31. Sitzung vorherige Zusage erforderlich), physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) - in angemessenen Sätzen, medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit/Notfall/unfallbedingter Erstversorgung)</li> <li>- ambulante Palliativversorgung sowie häusliche Behandlungspflege</li> <li>- stationäre Krankenhausbehandlung (allgemeine Krankenhausleistungen nach der BPIV bzw. des KHEntG (ansonsten max. 150%), gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im 3- und Mehrbettzimmer, medizinisch notwendige Krankentransporte (keine Fahrten in Privatfahrzeugen)</li> <li>- stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der GKV zugelassenen Hospiz.</li> </ul> <p>Weitere Details/Voraussetzungen sind den den Bedingungen zu entnehmen.</p> <p>Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.</p> <p>Bei Krankenhausaufenthalt eines nach Tarif BE versicherten, max. 9 Jahren alten Kindes sind gesondert berechenbare Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 30 EUR täglich.</p> <p>Soweit Beihilfavorschriften eine Selbstbeteiligung sowie Abzugsbeträge vorsehen (Lücke kann über Tarif BE + geschlossen werden, allerdings nicht für stationäre Wahlleistungen) oder Kürzungen aufgrund der Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplans erfolgen, gehören diese nicht zu den verbleibenden Kosten.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Gewünschter Leistungsumfang

Die folgende Übersicht stellt dar, welche Kriterien vom Kunden gewünscht und bei der Analyse sowie der Ermittlung des Erfüllungsgrades berücksichtigt worden sind.

### Erläuterung zur Darstellung:

-  Kriterium gewünscht
-  Kriterium nicht gewünscht

## Ambulante Leistungen

<b>Ambulant</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Gebührenordnung ambulant</b>			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)			
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)			
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung			
<b>Selbstbeteiligung (SB)</b>			
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	0,00 €	- SB nur ambulant (bzw. keine SB)	
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbeteiligung angerechnet		- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.	
		- SB prozentual (bzw. keine SB)	
		- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)	
<b>Haus-/Primärarztprinzip</b>			
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip		- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ...%	
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?	
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte		- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung	
		- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €	
<b>Ambulante Transporte</b>			
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung			
- bei Gehunfähigkeit			
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)			
- ambulante Notfalltransporte			
<b>Heilpraktiker</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Sehhilfen</b>			
- Erstattung xx €	300,00 €		
- Anspruch mind. alle 24 Monate			
<b>Hilfsmittel</b>			
- max. Selbstbehalt p.a. €	0,00 €	Definition Hilfsmittelkatalog	
- offener Hilfsmittelkatalog		- Erstattung in %	
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel			
- mindestens funktionale Standardausführung			
- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis			
<b>Heilmittel</b>			
- max. Selbstbehalt p.a. €	0,00 €	Definition Heilmittelkatalog	

# Analyse Krankenversicherung

## Gewünschter Leistungsumfang

- keine pauschalen Beschränkungen		- Erstattung in %	
- Logopädie durch Logopäden		- Kein tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis/keine Anlehnung an Beihilfe	
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		- Auch keine sonstige Begrenzung (z. B. auf (orts-)übliche/ angemessene Preise o. GOÄ)	
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>			
- ohne zusätzliche SB			
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel (über enteral/parenteral hinaus)			
<b>Vorsorge</b>			
- über gesetzliche Programme			
- Schutzimpfungen			
<b>Psychotherapie</b>			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	100		
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte			
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage			
<b>sonstiges</b>			
- Behandlung in Krankenhausambulanzen		- ambulante Palliativversorgung (SAPV)	
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)			
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege			
<b>Kurleistung ambulant</b>			
- Verzicht auf Kurortklausel		Kurleistung ambulant	
<b>Hilfsmittel</b>			
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung			
- Prothesen			
- Orthesen			
- Kunstaugen			
- Atemmonitor (Heimgerät)			
- Herzmonitor (Heimgerät)			
- Beatmungsgerät (Heimgerät)			
- Heimdialysegerät			
- Krankenfahrräder ohne (Summen-)Begrenzung			
- Hör-/Sprechgeräte			
- Orthopädische Schuhe			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät			
- Blindenlese-/Vorlesegerät			

## Stationäre Leistungen

<b>Stationär</b>			
2-Bettzimmer		1-Bettzimmer	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten	
<b>Privatkliniken</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

# Analyse Krankenversicherung

## Gewünschter Leistungsumfang

Stationär			
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		Ersatzkrankenhaustagegeld	
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)	
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		sonstiges	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt			
Hospizkosten			
Kurleistung stationär			
Privatkliniken			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)			
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)			
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung			

## Zahn Leistungen

Zahn			
Summenbegrenzung max. ... Jahre	3	Zahnbehandlung %	
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall		Zahnersatz %	
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen		Kieferorthopädie %	
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)	true	Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, (orts-)übl. Preise/angemessene Erstattung	
		Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage	
		Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung	
		- sonstiges	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)			
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)			
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung			

## Sonstige Leistungen

Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Optionsrecht auf Höherversicherung			
Optionsrecht auf Höherversicherung			
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen	
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung		- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen	
- Verbesserte Kriegsklausel		- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	
		- Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung	
		- Beitragsrückerstattung (BRE) garantiert	
		- BRE mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr	

## Gewünschter Leistungsumfang

		- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss	
		- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt	
		sonstiges	
<b>Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>			
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	2	- keine Beschränkung der Zieltarife	
- anlassbezogenes Optionsrecht			
- Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen			
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen			
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung			
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...	50		
<b>Ausland</b>			
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	6	- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland	
- 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			
<b>- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))</b>			
- ambulante Anschlussreha		- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)	
- stationäre Anschlussreha		- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen		- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen	
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen			
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen			
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)</b>			
- allgemeine Tarif-/Erstattungshinweise des Versicherers		- Sonstiges	
- Auslandsreise-KV (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)			
- Ausland: Rücktransport / Überführung			
- Heilpraktiker, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/des GebÜH			
- Erstattung nicht beihilfefähiger Hilfsmittel u./o. keine Begrenzung auf beihilfefähige Höhe			
- Sehhilfen			
- Schutzimpfungen			
- Kuren ambulant (VR bietet ggf. gesonderten Kurtarif an)			
- Differenzkosten 1-Bettzimmer (zu 2-Bettzimmer)			
- GOÄ stationär > 3,5 fach			
- Kuren stationär (VR bietet ggf. gesonderten Kurtarif an)			
- Zahn: Restkosten Material-/Laborkosten			