

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

KV Werk GmbH

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum: 01.01.1981
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Arbeitnehmer/in
Status: Versicherungsnehmer

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.08.2021
Tarifgebiet: West
Tarifarten: Stationär

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
Gothaer	MediClinic S Premium	21,59 €
Hallesche	GIGA.ClinicRi	23,89 €
BBKK	KlinikPRIVAT Premium oAR	23,97 €
Barmenia	Mehr Komfort 1-Bett	25,28 €

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.






Gothaer		Hallesche		BBKK		Barmenia	
MediClinic S Premium	21,59 €	GIGA.ClinicRi	23,89 €	KlinikPRIVAT Premium oAR	23,97 €	Mehr Komfort 1-Bett	25,28 €
Stationäre Zusatzversicherung für GKV-Versicherte:		Stationäre Zusatzversicherung für GKV-Versicherte:		stationäre Zusatzversicherung für GKV-Versicherte		Stationäre Zusatzversicherung für GKV-Versicherte (oder Personen mit Anspruch auf FHF), Tarif KOMF1	
<ul style="list-style-type: none"> - 1-/2-Bettzimmer - privat-/belegärztliche Behandlung - freie Krankenhauswahl (auch Privatkliniken) - Krankentransporte zur stationären Behandlung - Begleitperson bei versicherten Kindern - ambulante Operationen inkl. Vor- und Abschlussuntersuchungen - gesetzlicher Eigenanteil/Zuzahlungen 		<ul style="list-style-type: none"> - 1-/2-Bettzimmer - privat-/belegärztliche Behandlung - freie Krankenhauswahl - Krankentransporte - Begleitperson bei versicherten Kindern - ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung - ambulante Operationen im Krankenhaus - Krankenhaustagegeld zur Finanzierung einer Haushaltshilfe - Beitragsgutschrift bei langem Krankenhausaufenthalt 		<ul style="list-style-type: none"> - 1- und 2-Bettzimmer - privatärztliche Behandlung (einschl. Belegarzt), auch über GÖÄ-Höchstsätze hinaus - freie Krankenhauswahl - ambulante OP - ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen - gesetzliche Zuzahlungen (zu stationären Aufenthalten und Fahrt-/Transportkosten) - Transporte, bis 250 EUR p. a. - Reha-Tagegeld (50 EUR, max. 28 Tage) - kosmetische OP, bis 10.000 EUR je Unfall - Rooming-In (bis Alter 15) 		<ul style="list-style-type: none"> - 1- und 2-Bettzimmer, privatärztliche Behandlung (einschl. Belegarzt), auch über GÖÄ-Höchstsätze hinaus - freie Krankenhauswahl - ambulante OP, ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung - gesetzliche Zuzahlung (stationärer Aufenthalt und Transport) - Transporte, bis 250 EUR je Aufenthalt; Rücktransport aus dem Ausland - stationäres Reha-Tagegeld (100 EUR, max. 21 Tage) - 1.000 EUR ambulante Entbindungspauschale - Rooming-In (bis Alter 15) - ärztliche Zweitmeinung 	
Abschluss bis zum vollendeten 43. Lebensjahr möglich		Tarif ohne Alterungsrückstellungen		Tarif ohne Alterungsrückstellungen		Tarif ohne Alterungsrückstellungen (automatische Umstellung in KOMF1K mit Alter 60)	
Tarif ohne Alterungsrückstellungen		planmäßige Beitragserhöhung zum 01.07. des 5. Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn und danach alle 5 Jahre, jeweils zum 01.07.		planmäßige Beitragserhöhung zum 1.1. des Kalenderjahres, in dem das 25., 30., 35., 40., 45., 50. bzw. 55. Lebensjahr vollendet wird		planmäßige Beitragserhöhung mit Erreichen der nächsthöheren Altersgruppe bei Alter 15, 21, 31, 41, 51 (jeweils zum darauffolgenden Monat)	
planmäßige Beitragserhöhung zum auf die Vollendung des 16., 21., 26., 31., 45. Lebensjahres folgenden Monats		Tarif endet spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem das 60. Lj. vollendet wird (bis dahin jederzeit Umstellung in GIGA.ClinicAR möglich)		Teil I, AVB/ZV_Stand: 01.07.2021, SAP-Nr.: 342744, 07.2021		AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0919 DT, Stand 01.02.2019	
AVB, Teil I (AB/KK 2009): 212660 - 01.2017_Stand 01.01.2017 / Teil II: 216614 - 09.2019_Stand 01.09.2019		Tarif GIGA.Clinic, Fassung Februar 2019 (PM 244u – 01.19)		Teil II, Tarif KlinikPRIVAT Premium_Stand: 01.07.2021, SAP-Nr.: 342207, 07.2021		Teil III (Tarif Mehr Komfort 1-Bett)_K 5136 0220 DT, Stand 01.02.2020	
Teil II: 216614 - 09.2019_Stand 01.09.2019		Tarifstand: 11.03.2019		Besondere Bedingungen ohne Alterungsrückstellungen (oAR)_Stand: 01.07.2021, SAP-Nr.: 342427, 07.2021		Tarifstand: 03.02.2020	
Tarifstand: 01.01.2021				Tarifstand: 01.07.2021			
Gesamtbeitrag mtl.:	21,59 €		23,89 €		23,97 €		25,28 €

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

Erläuterung zur Darstellung:

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

	Kundenwunsch	Gothaer	Hallesche	BBKK	Barmenia
		MediClinic S Premium	GIGA.ClinicRi	KlinikPRIVAT Premium oAR	Mehr Komfort 1-Bett
Monatsbeitrag:		21,59 €	23,89 €	23,97 €	25,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	91 %	100 %	100 %
Ausland					
Ausland					
- Auslandskrankenversicherung					
- im Ausland bei Erkrankung auch über versicherte Dauer hinaus					
- Auslandsrücktransport					
- Überführung aus dem Ausland					
- Bestattung im Ausland					
Weitere Kriterien					
- Differenzkosten bei Wahl des Krankenhauses					
- Beitragsrückerstattung					
- Optionsrecht Vollversicherung					
- Zugang zu Experten bei bestimmten Erkrankungen					
- Verzicht ordentliches Kündigungsrecht (Tarfbereich ambulant)					
- Alterungsrückstellungen (Tarfbereich ambulant)					 Hinweis: Mit Alter 60 automatische Umstellung in Tarif Mehr Komfort 1-Bett K - mit Alterungsrückstellungen, s. auch Leistungspunkt "Mindestvertragsdauer".
- Mindestvertragsdauer					1  Hinweis: Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird. In diesem Fall stellt der Versicherer automatisch auf den leistungsgleichen Tarif Mehr Komfort 1-Bett K (mit Alterungsrückstellungen) um. Wird keine Umstellung gewünscht, Kündigung innerhalb von 2 Monaten ab Benachrichtigung des Versicherers zum Umstellungszeitpunkt möglich.









Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Gothaer	Hallesche	BBKK	Barmenia
		MediClinic S Premium	GIGA.ClinicRi	KlinikPRIVAT Premium oAR	Mehr Komfort 1-Bett
Monatsbeitrag:		21,59 €	23,89 €	23,97 €	25,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	91 %	100 %	100 %
Stationär					
- 1-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓
- 2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓
- Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten					
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	✓	✓ ⚠	✓
				Hinweis: Der Versicherer leistet auch über Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung vorgelegt wird.	
- Ambulante OPs als Privatpatient		✓	✓	✓	✓
- Differenzkosten Wahl anderes KH als in ärztl. Einweisung		✓	✓	✓	✓
- gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓	✓	✓	✓
- Übernahme Krankenhaus Eigenanteil (10,- € pro Tag)		✓		✓	✓
- Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	✓	✓	✓
- Leistungen für stationäre Kuren				⚠	⚠
				Hinweis: Bei stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wird ein Tagegeld von 50 EUR (einschl. Aufnahme- und Entlassungstag) für max. 28 Tage je Maßnahme gezahlt. Der Versicherer empfiehlt, sich wegen der Kostenübernahme vorab bei ihm zu informieren.	Hinweis: Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme wird für max. 21 Tage ein Reha-Tagegeld von 100 EUR gezahlt, sofern - ein gesetzlicher Rehabilitationsträger die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme übernimmt. - vor der Rehabilitationsmaßnahme eine stationäre Krankenhausbehandlung erfolgte. - die stationäre Behandlung mit der Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang stand.
- Ersatzkrankenhaustagegeld		✓	✓	✓	✓
- Privatkliniken: Wahlleistung uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Gothaer	Hallesche	BBKK	Barmenia
		MediClinic S Premium	GIGA.ClinicRi	KlinikPRIVAT Premium oAR	Mehr Komfort 1-Bett
Monatsbeitrag:		21,59 €	23,89 €	23,97 €	25,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	91 %	100 %	100 %
- Optionsrecht Wechsel in Vollversicherung		 Hinweis: Umstellung* in einen (gleichwertigen, vom Versicherer benannten) stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellungen - bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres: jederzeit auf Antrag des Versicherungsnehmers möglich (Optionsrecht), ansonsten - zum 1. des Monats nach Vollendung des 45. Lebensjahres: durch den Versicherer (Umstellungsvereinbarung) * ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten Bei Widerspruch wird der Tarif fortgeführt, max. bis Alter 60 (s. auch Leistungspunkt "Mindestvertragsdauer").			
- Alterungsrückstellungen (Tarfbereich stationär)			 Hinweis: Umstellung in GIGA.ClinicAR (ohne erneute Risikoprüfung): - zum 01.07. des 7. Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn der Tarifstufe GIGA.ClinicRi - bei (wiederholtem) Widerspruch: (alle) 5 Jahre später zum 01.07. - zum 01. 01. des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 60. Lebensjahres folgt (sofern nicht schon vorher umgestellt wurde); bei Widerspruch endet die Versicherung zum 31.12. des Jahres, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird. Darüber hinaus kann jederzeit zum nächsten Monatsersten umgestellt werden (ohne erneute Risikoprüfung).		 Hinweis: Mit Alter 60 automatische Umstellung in Tarif Mehr Komfort 1-Bett K - mit Alterungsrückstellungen, s. auch Leistungspunkt "Mindestvertragsdauer".
- Verzicht ordentliches Kündigungsrecht (Tarfbereich stationär)					

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Gothaer	Hallesche	BBKK	Barmenia
		MediClinic S Premium	GIGA.ClinicRi	KlinikPRIVAT Premium oAR	Mehr Komfort 1-Bett
Monatsbeitrag:		21,59 €	23,89 €	23,97 €	25,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	91 %	100 %	100 %
- Mindestvertragsdauer		2 ⚠	2 ⚠	2 ⚠	1 ⚠
		Hinweis: Der Tarif endet spätestens zum Schluss des Monats, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird (keine Kündigung seitens des Versicherungsnehmers erforderlich); bei - zum Zeitpunkt der Befristung - laufender Krankenhausbehandlung erbringt der Versicherer ab diesem Zeitpunkt für max. 4 Wochen die tariflichen Leistungen.	Hinweis: Tarifstufe endet spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem das 60. Lebensjahr erreicht wird (s. auch Leistungspunkt "Bildung von Alterungsrückstellungen").	Hinweis: Besondere Bedingungen ohne Alterungsrückstellungen (oAR): - Kündigung jederzeit zum Monatsende möglich - bei Wegfall wird die Versicherung ohne Gesundheitsprüfung nahtlos im zugrunde liegenden Tarif weitergeführt	Hinweis: Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird. In diesem Fall stellt der Versicherer automatisch auf den leistungsgleichen Tarif Mehr Komfort 1-Bett K (mit Alterungsrückstellungen) um. Wird keine Umstellung gewünscht, Kündigung innerhalb von 2 Monaten ab Benachrichtigung des Versicherers zum Umstellungszeitpunkt möglich.
sonstiges		✓	✓	✓	✓

Leistungsvergleich Ambulant

	Gothaer MediClinic S Premium	Hallesche GIGA.ClinicRi	BBKK KlinikPRIVAT Premium oAR	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett
Monatsbeitrag:	21,59 €	23,89 €	23,97 €	25,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	91 %	100 %	100 %
Ausland				
Ausland - Auslandskrankenschutz enthalten?			Keine Leistung vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.
Ist ein Auslandskrankenschutz enthalten (Dauer)?				
Wird bei einer Erkrankung im Ausland auch über die vereinbarte Dauer geleistet?				
Ist der mediz. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?			Keine Leistung vorhanden.	✔ Rücktransporte aus dem Ausland (medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte sowie Rettungsflüge (Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug)) werden zu 100% erstattet.
Ist die Überführung aus dem Ausland erstattungsfähig?				
Ist die Bestattung im Ausland erstattungsfähig?				
Weitere Kriterien				
Sind Differenzkosten bei Wahl anderes Krankenhaus in ärztl. Einweisung genannt erstattungsfähig?			Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja, die Mehrkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig. Leistet die GKV für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht, erfolgt dafür auch keine Erstattung aus diesem Tarif.
Ist eine Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit vorgesehen?				
Ist im ambulanten Bereich ein Optionsrecht für den Wechsel in eine private Voll-KV enthalten?				
Wird vom Versicherer der Zugang zu einem Experten ermöglicht?				
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren?			Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.
Werden im Tarif Alterungsrückstellungen gebildet oder handelt es sich um einen reinen Risikobeitrag?			Keine Leistung vorhanden.	Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. ⚠ Altersgruppen (Beitragssprung): 0-14, 15-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60 Hinweis: Mit Alter 60 automatische Umstellung in Tarif Mehr Komfort 1-Bett K - mit Alterungsrückstellungen, s. auch Leistungspunkt "Mindestvertragsdauer".
Wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?			Keine Leistung vorhanden.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate; danach ist der Tarif täglich kündbar. ⚠ Hinweis: Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird. In diesem Fall stellt der Versicherer automatisch auf den leistungsgleichen Tarif Mehr Komfort 1-Bett K (mit Alterungsrückstellungen) um. Wird keine Umstellung gewünscht, Kündigung innerhalb von 2 Monaten ab Benachrichtigung des Versicherers zum Umstellungszeitpunkt möglich.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic S Premium	Hallesche GIGA.ClinicRi	BBKK KlinikPRIVAT Premium oAR	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett
Monatsbeitrag:	21,59 €	23,89 €	23,97 €	25,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	91 %	100 %	100 %
Stationär				
Sind Mehrkosten für ein 1-Bett-Zimmer erstattungsfähig?	✔ Ja. Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer werden erstattet.	✔ Ja. Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer (einschl. angemessener Zuschläge für einen besonderen Komfort nach der jeweils gültigen Vereinbarung gemäß § 22 Abs. 1 BpflV / § 17 Abs. 1 KHEntgG (z. B. besondere Verpflegung, Internetanschluss, Zimmergröße)) werden erstattet.	✔ Ja. Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer werden erstattet.	✔ Ja. Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer werden erstattet (bei Entbindungen wird auch ein Familienzimmer gezahlt).
Sind Mehrkosten für ein 2-Bett-Zimmer erstattungsfähig?	✔ Ja. Die Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer werden erstattet.	✔ Ja. Die Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer (einschl. angemessener Zuschläge für einen besonderen Komfort) werden erstattet.	✔ Ja. Die Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer werden erstattet.	✔ Ja. Die Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer werden erstattet.
Sind wahlärztliche Behandlungen erstattungsfähig ("Chefarzt")?	✔ Ja. Privatärztliche Behandlung wird erstattet.	✔ Ja. Privatärztliche Behandlung wird erstattet.	✔ Ja. Privatärztliche Behandlung wird erstattet.	✔ Ja. Privatärztliche Behandlung wird erstattet.
Sollen Wahlleistungen nur nach Unfall oder bei bestimmten Krankheiten erstattet werden?				
Leistet der Tarif auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Ja, der Versicherer leistet auch über Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.	✔ Ja, der Versicherer leistet auch über Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Versicherer leistet auch über Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung vorgelegt wird.	✔ Ja, der Versicherer leistet auch über Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.
Sind privatärztlich durchgeführte ambulante OPs erstattungsfähig?	✔ Ja. Erstattungsfähig sind 100% der Kosten für ambulante OPs und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten OPs, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen sowie Vor- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus (begrenzt auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor der OP und längstens 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Durchführung der OP, inkl. Diagnostik + medizinisch notwendige Verbandswechsel). Die erstattungsfähigen ambulanten OP ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V erstellten Katalog und können beim Versicherer jederzeit erfragt werden. Darüber hinaus sind auch ambulante OP, die mit den im Katalog aufgeführten OP vergleichbar sind, mitversichert.	✔ Ja. Erstattet werden 100% der verbleibenden Kosten privatärztlicher Behandlung im Rahmen einer ambulanten Operation (OP), wenn die OP im Krankenhaus von einem dort tätigen Arzt, Krankenhaus- oder Belegarzt durchgeführt wird und es sich um eine ambulant durchführbare OP oder einen sonstigen stationsersetzenden Eingriff handelt, die im jeweils geltenden Katalog nach § 115b SGB V genannt sind. Ersetzt werden auch die im (direkten) Zusammenhang mit der OP entstandenen Kosten/erforderlichen Leistungen für: - Anästhesie, - Labor, Radiologie, Histologie, Pathologie u. ä., - eine einmalige ambulante Voruntersuchung im Krankenhaus innerhalb von 4 Wochen vor der OP, - ambulante Nachuntersuchungen im Krankenhaus, wenn diese notwendig sind, um den Erfolg der OP zu sichern und innerhalb von 2 Wochen nach der OP erfolgen - Hin- und Rückfahrt bzw. medizinisch notwendiger Hin- und Rücktransport zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus am Tag der OP. Um leisten zu können, braucht der Versicherer: - alle Rechnungen, - Namen/Ort des Krankenhauses, in dem die OP stattfand und - ärztliche Unterlagen, aus denen sich die jeweiligen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ergeben.	✔ Erstattet werden - bei ambulanten Operationen im Krankenhaus: erstattungsfähige Arztkosten - stationsersetzende ambulante Operationen außerhalb des Krankenhauses, bei denen entsprechend Katalog § 115b SGB V, Kategorie 2 sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist.	✔ Bei ambulanten Operationen werden 100% der Kosten für - gesondert berechnete ärztliche Leistungen, - Leistungen des Krankenhauses und - Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation im Krankenhaus stehen, erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic S Premium	Hallesche GIGA.ClinicRi	BBKK KlinikPRIVAT Premium oAR	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett
Monatsbeitrag:	21,59 €	23,89 €	23,97 €	25,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	91 %	100 %	100 %
Sind Differenzkosten bei Wahl anderes Krankenhaus in ärztl. Einweisung genannt erstattungsfähig?	✔ Ja, die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig, sofern ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.	✔ Ja. Erstattet werden 100% der verbleibenden Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen, wenn die GKV diese nicht in voller Höhe ersetzt; bei der GKV bestehende Selbstbehalte werden nicht bezahlt. Hat die GKV für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht geleistet, übernimmt der Versicherer dafür auch nichts.	✔ Ja. Mehrkosten, die dem Versicherten entstehen, weil er ein anderes als in der ärztlichen Verordnung genanntes Krankenhaus wählt, werden erstattet. Erbringt die GKV keine Leistungen, werden keine Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Bei der GKV bestehende Selbstbehalte werden nicht erstattet. Der Versicherer empfiehlt, sich wegen der Kostenübernahme der allgemeinen Krankenhausleistungen vorab bei der GKV zu informieren.	✔ Ja, die Mehrkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig. Leistet die GKV für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht, erfolgt dafür auch keine Erstattung aus diesem Tarif.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusatzerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	✔ Auf eine fehlende Leistungszusage wird sich nicht berufen, wenn - es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder - ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt.	✔ Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, - wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder - 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, oder - im Falle einer Anschlussheilbehandlung (soweit § 5 (7) der Tarifbedingungen dies vorsieht).	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer 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; gilt auch dann, wenn die Krankenhäuser zusätzlich Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen anbieten.	✔ 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.
Wird der gesetzl. Eigenanteil (10 € pro Tag, max. 28 Tage) im Krankenhaus erstattet?	✔ Ja, die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Krankenhaus sind erstattungsfähig.	✘ Zuzahlungen im Krankenhaus sind nicht erstattungsfähig.	✔ Ja, die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen zu stationären Aufenthalten (und Fahrt-/Transportkosten, sofern sie im Zusammenhang mit leistungspflichtiger stationärer Behandlung/ ambulanter Operation stehen) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport) sind erstattungsfähig.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen, wenn neben dem nach diesem Tarif versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung eine erwachsene Begleitperson stationär aufgenommen wird. Erstattet werden die zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson. Die stationäre Behandlung des versicherten Kindes muss vor Vollendung des 12. Lebensjahres begonnen haben.	✔ Ja. Erstattet werden 100% der Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus, solange das versicherte Kind stationär im Krankenhaus behandelt werden muss und zu Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat.	✔ Erstattet werden zusätzlich entstehende Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes des versicherten Kindes, wenn die Leistung nicht über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt ist und der stationäre Aufenthalt vor dem 16. Geburtstag des Kindes beginnt.	✔ Erstattet werden 100% der Unterbringungs- und Verpflegungskosten im Krankenhaus, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten, höchstens 15 Jahre alten Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
Sind zusätzliche Leistungen für stationäre Kuren vorgesehen?	Nein. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger wird nicht geleistet.	Nein. Leistungen für stationäre Kuren werden nicht erbracht.	Nein. Leistungen für stationäre Kuren werden nicht erbracht. ⚠ Hinweis: Bei stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wird ein Tagegeld von 50 EUR (einschl. Aufnahme- und Entlassungstag) für max. 28 Tage je Maßnahme gezahlt. Der Versicherer empfiehlt, sich wegen der Kostenübernahme vorab bei ihm zu informieren.	Nein. Leistungen für stationäre Kuren werden nicht erbracht. ⚠ Hinweis: Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme wird für max. 21 Tage ein Reha-Tagegeld von 100 EUR gezahlt, sofern - ein gesetzlicher Rehabilitationsträger die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme übernimmt. - vor der Rehabilitationsmaßnahme eine stationäre Krankenhausbehandlung erfolgte. - die stationäre Behandlung mit der Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang stand.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic S Premium	Hallesche GIGA.ClinicRi	BBKK KlinikPRIVAT Premium oAR	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett
Monatsbeitrag:	21,59 €	23,89 €	23,97 €	25,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	91 %	100 %	100 %
Ist ein Ersatzkrankentagegeld vorgesehen, wenn Wahlleistungen nicht in Anspruch genommen werden?	<p>✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare ärztliche Leistungen oder Unterkunft/Verpflegung im 1- oder 2-Bettzimmer werden jeweils 50 EUR pro Tag gezahlt (häftiges Krankentagegeld: bis zum vollendeten 16. Lebensjahr / bei teilstationärer Behandlung (< 24 Stunden tgl.)).</p>	<p>✔ Zahlung eines Ersatztagegeldes bei Verzicht auf Erstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> - eines 1- und 2-Bettzimmers (ggf. einschl. Zuschlag für einen besonderen Komfort): 50 EUR - eines 1-Bettzimmers, bei gleichzeitiger Erstattung eines 2-Bettzimmers: 20 EUR - gesondert vereinbarter privatärztlicher und belegärztlicher Behandlung: 60 EUR. <p>Keine Zahlung des Ersatztagegeldes</p> <ul style="list-style-type: none"> - "kein 1-/2-Bettzimmer" und "keine privat-/belegärztliche Behandlung" für den Entlassungstag und bei teilstationärer Behandlung - "kein 1-/2-Bettzimmer" bei einer AHB und bei Behandlung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation. 	<p>✔ Zahlung eines Krankentagegeldes bei Verzicht auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gesondert berechenbare Unterbringung im 1-Bettzimmer: 20 EUR bzw. 1- und 2-Bettzimmer: 50 EUR - wahlärztliche und belegärztliche Leistungen: 50 EUR (bei einem vollstationären Aufenthalt, einschl. Aufnahme- und Entlassungstag). <p>Anschlussheilbehandlung (s. auch Leistungspunkt "sonstiges"): Werden nachstehende Leistungen nicht beansprucht, wird ein Krankentagegeld (einschl. Aufnahme- und Entlassungstag) von 50 EUR für max. 28 Tage je Maßnahme gezahlt - Wahlleistungen, allgemeine Krankenhausleistungen (freie Krankenhauswahl), ambulante OP außerhalb des Krankenhauses, Zuzahlungen im Krankenhaus, Aufnahme- und Abschlussuntersuchung.</p>	<p>✔ Berechnet das Krankenhaus das 1- oder 2-Bettzimmer und/oder privatärztliche Behandlung nicht, werden für jeden Tag einer vollstationären Behandlung jeweils 25 EUR gezahlt.</p>
Werden die Wahlleistungen (nicht Regelleistungen) in Privatkliniken erstattet?	<p>✔ In Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, wird als Zuschlag für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im 1- oder 2-Bettzimmer die Differenz zwischen den Pflegesätzen für das 1- oder 2-Bettzimmer zum Pflegesatz für das 3- oder Mehrbettzimmer angesetzt; privatärztliche Behandlung wird ebenfalls übernommen.</p>	<p>✔ Ja. Erstattet werden Zuschläge für 1- oder 2-Bettzimmer (einschl. angemessener Zuschläge für einen besonderen Komfort) und gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.</p>	<p>✔ Wahlleistungen werden auch in Krankenhäusern erbracht, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.</p>	<p>✔ 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>
Ist im stationären Bereich ein Optionsrecht für den Wechsel in eine Vollversicherung enthalten?	<p>Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten. Hinweis: Umstellung* in einen (gleichwertigen, vom Versicherer benannten) stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellungen - bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres; jederzeit auf Antrag des Versicherungsnehmers möglich (Optionsrecht), ansonsten - zum 1. des Monats nach Vollendung des 45. Lebensjahres; durch den Versicherer (Umstellungsvereinbarung) * ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten</p> <p>Bei Widerspruch wird der Tarif fortgeführt, max. bis Alter 60 (s. auch Leistungspunkt "Mindestvertragsdauer").</p>	<p>Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten (ggf. über Tarif OPTI.free oder JOKER. versicherbar).</p>	<p>Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten.</p>	<p>Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten.</p>
Werden im Tarif Alterungsrückstellungen gebildet oder handelt es sich um einen reinen Risikobeitrag?	<p>Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich somit um einen reinen Risikobeitrag.</p>	<p>⚠ Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich somit um einen reinen Risikobeitrag. Hinweis: Umstellung in GIGA.ClinicAR (ohne erneute Risikoprüfung): - zum 01.07. des 7. Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn der Tarifstufe GIGA.ClinicRi - bei (wiederholtem) Widerspruch: (alle) 5 Jahre später zum 01.07. - zum 01. 01. des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 60. Lebensjahres folgt (sofern nicht schon vorher umgestellt wurde); bei Widerspruch endet die Versicherung zum 31.12. des Jahres, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird.</p> <p>Darüber hinaus kann jederzeit zum nächsten Monatsersten umgestellt werden (ohne erneute Risikoprüfung).</p>	<p>Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich somit um einen reinen Risikobeitrag. Altersgruppen (Beitragssprung): 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59</p>	<p>⚠ Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. Altersgruppen (Beitragssprung): 0-14, 15-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60 Hinweis: Mit Alter 60 automatische Umstellung in Tarif Mehr Komfort 1-Bett K - mit Alterungsrückstellungen, s. auch Leistungspunkt "Mindestvertragsdauer".</p>
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren?	<p>✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.</p>	<p>✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.</p>	<p>✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.</p>	<p>✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic S Premium	Hallesche GIGA.ClinicRi	BBKK KlinikPRIVAT Premium oAR	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett
Monatsbeitrag:	21,59 €	23,89 €	23,97 €	25,28 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	91 %	100 %	100 %
Wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres. Hinweis: Der Tarif endet spätestens zum Schluss des Monats, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird (keine Kündigung seitens des Versicherungsnehmers erforderlich); bei - zum Zeitpunkt der Befristung - laufender Krankenhausbehandlung erbringt der Versicherer ab diesem Zeitpunkt für max. 4 Wochen die tariflichen Leistungen.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Danach kann der Tarif zum Ende eines jeden Monats gekündigt werden (Kündigung muss mindestens 15 Tage vorher in Textform beim Versicherer vorliegen). Hinweis: Tarifstufe endet spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem das 60. Lebensjahr erreicht wird (s. auch Leistungspunkt "Bildung von Alterungsrückstellungen").</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres. Hinweis: Besondere Bedingungen ohne Alterungsrückstellungen (oAR): - Kündigung jederzeit zum Monatsende möglich - bei Wegfall wird die Versicherung ohne Gesundheitsprüfung nahtlos im zugrunde liegenden Tarif weitergeführt</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate; danach ist der Tarif täglich kündbar. Hinweis: Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird. In diesem Fall stellt der Versicherer automatisch auf den leistungsgleichen Tarif Mehr Komfort 1-Bett K (mit Alterungsrückstellungen) um. Wird keine Umstellung gewünscht, Kündigung innerhalb von 2 Monaten ab Benachrichtigung des Versicherers zum Umstellungszeitpunkt möglich.</p>
Sonstiges?	<p>✔ Erstattungsfähig sind auch 100% der nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen einschl. der gesetzlichen Zuzahlungen für Transporte (im Krankenwagen, Notfallrettungsdienst (auch Hubschrauber)) zur stationären Behandlung.</p> <p>Eine stationäre Heilbehandlung gilt als medizinisch notwendig, wenn die GKV die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des stationären Aufenthaltes übernimmt (als Nachweis reicht die Vorlage einer schriftlichen Kostenübernahmeerklärung der GKV).</p> <p>Auf die Einhaltung der Wartezeiten wird verzichtet.</p> <p>Im Rahmen der in § 4 Abs. 14.2 AVB genannten Erkrankungen/ Diagnosen werden bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung die versicherten Wahlleistungen zur Verfügung gestellt, wenn eine stationäre Leistung durch die GKV gemäß § 40 SGB V (medizinische Rehabilitation) erbracht wird; der Versicherer empfiehlt das Einholen einer vorherigen Zusage.</p> <p>Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt der GKV angerechnete Leistungen werden berücksichtigt.</p>	<p>✔ Weitere Leistungen: - Hin-/Rückfahrt bzw. med. notw. Hin-/Rücktransport zum/vom nächsten geeigneten Krankenhaus am Aufnahme-/Entlassungstag - jeweils eine amb. Aufnahme-/Abschlussuntersuchung im Krankenhaus innerh. von 4 Wochen vor bzw. 2 Wochen nach der stat. Behandlung; durchzuführen vom liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt - bei stat. Behandlung 50 EUR KHT zur Finanzierung einer Haushaltshilfe (max. 15 Jahre altes Kind muss im Haus leben, keine andere im Haushalt lebende Person kann Haushalt weiterführen, GKV muss nicht leisten) - bei ununterbrochener stat. Krankenhausbehandlung > 8 Wochen: Beitragsgutschrift</p> <p>Keine Erstattung zahnärztlicher Behandlungen (einschl. Zahnersatz, Kieferorthopädie).</p> <p>Geleistet wird für med. notw. Heilbehandlungen (ohne weitere Prüfung erfüllt, wenn GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen übernimmt) / aus medizinischen Gründen stationär durzuführende Vorsorgeuntersuchungen / bei Schwangerschaft/Entbindung (Leistungsausschluss für alle Leistungen im Zusammenhang mit einer bei Antragstellung bereits ärztlich festgestellten Schwangerschaft).</p> <p>Weltweiter Versicherungsschutz bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt; gezielte Auslandsbehandlungen werden nach deutschem Kostenniveau erstattet, es sei denn, die Behandlung ist in Deutschland nicht möglich.</p> <p>Keine Wartezeiten.</p>	<p>✔ Erstattet werden auch: - ambulante Aufnahme-/Abschlussuntersuchungen*; medizinisch indizierte Nachuntersuchungen* innerhalb von 4 Wochen nach Krankenhausaufenthalt/ambulanter OP - medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen**: Wahlleistungen, allgemeine Krankenhausleistungen (freie Krankenhauswahl) nach GKV-Vorleistung, Zuzahlungen im Krankenhaus, Aufnahme- und Abschlussuntersuchung - ggf. anfallende Fahrt- und Transportkosten*, bis 250 EUR p. a. (privates Kfz: 0,30 EUR/km) - im Zusammenhang mit leistungspflichtigem Unfall erforderliche stationäre kosmetische OP**, bis 10.000 EUR pro Unfall * im Zusammenhang mit/in Folge leistungspflichtiger stationärer Behandlung/ambulanter OP ** Versicherer empfiehlt, sich zwecks Kostenübernahme vorab bei ihm zu informieren</p> <p>Keine Wartezeiten.</p> <p>Versicherungsleistungen: 100%; soweit andere Kostenträger Leistungen erbringen, werden diese in Abzug gebracht.</p> <p>Heilbehandlungen gelten ohne weitere Prüfung als medizinisch notwendig, wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.</p>	<p>✔ Weitere Leistungen/100% Erstattung auch für - notwendige Transporte zum und vom Krankenhaus bis max. 250 EUR je Krankenhausaufenthalt - ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus (Durchführung muss im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung erfolgen) - eine ärztliche Zweitmeinung zu einer stationären Heilbehandlung (z. B. bei einer angetretenen Operation) - 1.000 EUR ambulante Entbindungspauschale je Hausgeburt/ Entbindung in einem Geburtshaus.</p> <p>Keine Wartezeiten.</p> <p>Umstellung in Tarif Mehr Komfort 1-Bett K jederzeit - ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit - möglich.</p>