

Angaben zur Person

Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum: 01.01.1990
Geschlecht: Frau
Berufsgruppe: Arbeitnehmer/in
Status: Versicherungsnehmer

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.06.2020
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 Premium (ZV)	41.90 €
Concordia	SZ PLUS SZ1	43.57 €
Münchener Verein	735	44.96 €
R+V	K1U	45.58 €
Süddeutsche	Klinik 1-Bett	49.78 €
Barmenia	Mehr Komfort 1-Bett K	51.55 €

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	Concordia	Münchener Verein	R+V	Süddeutsche	Barmenia
MediClinic Premium (ZV) 41.90 €	SZ PLUS 3.39 €	735 44.96 €	K1U 45.58 €	Klinik 1-Bett 49.78 €	Mehr Komfort 1-Bett K 51.55 €
Stationäre Zusatzversicherung: - 1- o. 2-Bettzimmer - Wahlärztliche Behandlung Tarifstand: Apr 1, 2017	Ergänzungsbaustein zur stationären Zusatzversicherung. - Erstattung über Höchstsatz GOÄ - amb. OP's (auch über Höchstsatz GOÄ) o. Pauschale von 100 EUR - Fahrtkosten zur amb. OP - Rooming-In - Optionsrecht auf Umstellung in KV-Voll - 10 EUR Zuzahlung für 28 Tage Tarifstand: Jan 1, 2019	Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung Tarifstand: Jan 1, 2019	Stationäre Zusatzversicherung (Klinik premium): - 1- o. 2-Bettzimmer - Wahlärztliche Behandlung Tarifstand: Jan 1, 2020	Tarif Klinik 1-Bett (SP1) - stat. ZV für GKV-Versicherte (oder FHF): - 1- o. 2-Bettzimmer - privatärztliche Behandlung ("Chefarzt", Belegarzt), auch über GOÄ-Höchstsätze hinaus - ambulante Operationen - freie Krankenhauswahl (auch Privatkliniken) - Rehabilitationsmaßnahmen (keine Entwöhnungsbehandlungen) - 10 EUR Krankenhaustagegeld für akutstationäre Behandlungen/Reha-Maßnahmen (im Rahmen vollstationärer Behandlung) - ambulante Vor-/ Abschlussuntersuchung (jeweils eine) - Rooming-In - Fahrt- und Transportkosten (auch bei Geh-/ Sehunfähigkeit, Fahruntüchtigkeit - bis max. 250,-) - Optionsrecht auf Wechsel in einen Tarif (derselben Tariflinie) mit höheren oder umfassenderen Leistungen AVB KV ZV: Teil I (Allgemeiner Teil) _1.751/06.20 + Teil II (Tarif SP1 für die stat. Heilbehandlung) _1.754a/06.20__Stand: 01.06.2020 Tarifstand: Jun 1, 2020	Stationäre Zusatzversicherung für GKV-Versicherte (oder Personen mit Anspruch auf FHF), Tarif KOMF1K - 1- und 2-Bettzimmer, privatärztliche Behandlung (einschl. Belegarzt), auch über GOÄ-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 AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0919 DT, Stand 01.02.2019 Teil III (Tarif Mehr Komfort 1-Bett K) _K 5137 0220 DT, Stand 01.02.2020 Tarifstand: Feb 3, 2020

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Gothaer		Concordia		Münchener Verein		R+V		Süddeutsche		Barmenia	
		SZ1	40.18 €								
		Stationäre Zusatzversicherung für GKV-Versicherte oder Personen mit Anspruch auf FHF:									
		1- o. 2-Bettzimmer, Chefarzt.									
		Tarifstand: Jan 1, 2019									
Gesamtbeitrag mtl.:	41.90 €		43.57 €		44.96 €		45.58 €		49.78 €		51.55 €

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

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	Concordia	Münchener Verein	R+V	Süddeutsche	Barmenia
		MediClinic Premium (ZV)	SZ PLUS SZ1	735	K1U	Klinik 1-Bett	Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:		41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	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: SZ PLUS: Die Erstattung ist nicht auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. Es muss jedoch eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn dem Versicherer vorgelegt werden.	✔	✔	✔	✔
- Ambulante OPs als Privatpatient	✔	✔	✔	✔	✔ ⚠ Hinweis: Ja, ambulante Operationen im Krankenhaus sind erstattungsfähig, wenn sie einen stationären Aufenthalt vermeiden.	✔	✔
- Differenzkosten Wahl anderes KH als in ärztl. Einweisung	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgung-KH, Akutversorgung	✔	✔	✔	✘	✔	✔	✔

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Gothaer	Concordia	Münchener Verein	R+V	Süddeutsche	Barmenia
		MediClinic Premium (ZV)	SZ PLUS SZ1	735	K1U	Klinik 1-Bett	Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:		41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
- Krankenhaus Eigenanteil (10,- € pro Tag)							
		Hinweis: Besteht neben Tarif MediClinic Premium eine Krankheitskostenvollversicherung, wird bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in Höhe und Dauer des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) gezahlt. Die Höhe des Krankenhaustagegeldes entspricht dem Zahlungsbetrag, der jeweils für die Dauer einer vollstationären Behandlung von einem GKV-Versicherten aufzubringen ist (zzt. 10 EUR/Tag für max. 28 Tage p. a.). Für eine vor-, nach- und teilstationäre Krankenhausbehandlung sowie bei Entbindung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.				Hinweis: Der Versicherte zahlt bei akutstationären Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland und im Ausland für jeden Tag der vollstationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von 10 EUR (z. B. zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus); Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.	
- Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Gothaer MediClinic Premium (ZV)	Concordia SZ PLUS SZ1	Münchener Verein 735	R+V K1U	Süddeutsche Klinik 1-Bett	Barmenia Mehr Komfort 1- Bett K
Monatsbeitrag:		41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
- Leistungen für stationäre Kuren		⚠ Hinweis: Versicherungsschutz besteht für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme im tariflichen Rahmen, sofern die Heilbehandlungsmaßnahme vollständig durch einen privaten Krankenversicherer erbracht wird. Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme einzuholen.				⚠ Hinweis: Leistungen nur für Rehabilitationsmaßnahmen (aber nicht bei Entwöhnungsbehandlungen wg. Suchterkrankungen)!	⚠ 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

		Gothaer MediClinic Premium (ZV)	Concordia SZ PLUS SZ1	Münchener Verein 735	R+V K1U	Süddeutsche Klinik 1-Bett	Barmenia Mehr Komfort 1- Bett K
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
- Optionsrecht Wechsel in Vollversicherung			✔			⚠	
						<p>Hinweis: Optionsrecht auf Wechsel in den Tarif dieser Tariflinie mit höheren oder umfassenderen Leistungen - ohne erneute Gesundheitsprüfung; Umstellungstermin ist jeweils der Erste des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 oder 65 Jahre alt wird (Antragsstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin). Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz gilt auch für laufende Versicherungsfälle ab dem Termin der Umstellung.</p> <p>Zzt. ist der SP1 der Tarif mit den höchsten/umfassendsten Leistungen dieser Tariflinie.</p>	
- Bildung von Alterungsrückstellungen	📦	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht	📦	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Mindestvertragsdauer		2	2	2		1	1

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Gothaer	Concordia	Münchener Verein	R+V	Süddeutsche	Barmenia
		MediClinic Premium (ZV)	SZ PLUS SZ1	735	K1U	Klinik 1-Bett	Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:		41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
sonstiges		✓	✓ ⚠ Hinweis: Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 20 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherte vorher schriftlich zustimmen.		✓ ⚠ Hinweis: Keine Erstattung für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen sowie Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft.	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic Premium (ZV)	Concordia SZ PLUS SZ1	Münchener Verein 735	R+V K1U	Süddeutsche Klinik 1-Bett	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:	41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
Stationär						
Sind Mehrkosten für ein 1-Bett-Zimmer erstattungsfähig?	✔ Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer werden erstattet.	✔ Erstattungsfähig sind Mehrkosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer.	✔ Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 1- o. 2-Bettzimmer.	✔ Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 1- o. 2-Bettzimmer.	✔ Ja. Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer werden erstattet (bei Entbindungen wird auch ein Familienzimmer gezahlt).	✔ 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?	✔ Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer.	✔ Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer.	✔ Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer.	✔ Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer.	✔ 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 ist erstattungsfähig. Gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers werden nicht vergütet.	✔ Privatärztliche Behandlung erstattungsfähig.	✔ Ja, die privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ 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.	⚠ Privatärztliche Behandlung ist max. bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung erstattungsfähig. Hinweis: SZ PLUS: Die Erstattung ist nicht auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. Es muss jedoch eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn dem Versicherer vorgelegt werden.	✔ Ja, der Versicherer leistet auch über Höchstsätze der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) hinaus.	✔ Ja, der Versicherer leistet auch über Höchstsätze der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) hinaus.	✔ Ja, der Versicherer leistet auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus (wenn die Abrechnung auf einer Honorarvereinbarung nach GOÄ beruht).	✔ 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 Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung 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 OPs 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 OPs, die mit den im Katalog aufgeführten OPs vergleichbar sind, mitversichert.	✔ SZ1: Privatärztlich durchgeführte ambulante Operationen sind nicht erstattungsfähig. SZ PLUS: Ambulante Operationen im Krankenhaus, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen, werden erstattet - auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung hinaus, sofern eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn dem Versicherer vorgelegt wird. Ebenfalls erstattungsfähig sind die nachgewiesenen Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus am Tag der ambulanten Operation bis zu insgesamt 50 EUR p. a. Werden für die ambulante OP keine Leistungen in Anspruch genommen, wird eine Pauschale von 100 EUR gezahlt.	✔ Für ambulante Operationen werden die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbleibenden Kosten für die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und Sachkosten zu 100 % erstattet, wenn die ärztlichen Leistungen durch einen liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt im Krankenhaus (gemäß § 4 I Abs. 4 AVB/KK 2013) erbracht werden.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Ja, ambulante Operationen im Krankenhaus sind erstattungsfähig, wenn sie einen stationären Aufenthalt vermeiden.	✔ Ja. Bei einer ambulanten Operation, die eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung ersetzt, werden 100% der Kosten für ärztliche Leistungen und Laboruntersuchungen einschl. jeweils einer ambulanten Vor- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus erstattet; für indirekt mit der Operation zusammenhängende Kosten (z. B. für Übernachtungen oder Verpflegung) wird nicht geleistet. Der Versicherer empfiehlt, vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag (inkl. Bezeichnung der Operation mit einem Prozeduren-Kode aus dem gültigen Verzeichnis der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS)) einzureichen; er teilt dann mit, ob und in welchem Umfang die Kosten übernommen werden. Leistet ein anderer Kostenträger (z. B. GKV), werden max. die verbleibenden Kosten vergütet. Als Vorleistung gilt auch ein Selbstbehalt, den die GKV (nach § 53 SGB V) von ihren Leistungen abzieht; dieser Selbstbehalt wird nicht erstattet.	✔ 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 Premium (ZV)	Concordia SZ PLUS SZ1	Münchener Verein 735	R+V K1U	Süddeutsche Klinik 1-Bett	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:	41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	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.	✔ Die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig.	✔ akutstationäre Behandlungen: - in Deutschland mit 100%-iger Vorleistung der GKV: Wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen übernimmt, ist die Behandlung für den Versicherer medizinisch notwendig; er erstattet dann auch 100% der Mehrkosten bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genanntes Krankenhauses. - im Ausland: Wenn die GKV für die allgemeinen Krankenhausleistungen eine Vorleistung übernimmt, ist die Behandlung für den Versicherer medizinisch notwendig; er erstattet dann 100% der verbleibenden Kosten für die vom Krankenhaus berechneten allgemeinen Pflegekosten, Unterbringung und Verpflegung, gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (und gesondert berechenbare Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern). Eine Vorleistung ist eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen deutschen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab. Gezahlt wird nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet.	✔ 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 Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✔ Auf eine fehlende Leistungszusage wird sich nicht berufen, wenn: - es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt 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.	✔ Bei akuten Behandlungen in Krankenanstalten, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen, wird auf die vorherige schriftliche Zusage verzichtet.	✖ Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn - es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird, weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder - ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden, die in jedem (nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen frei wählbaren) Krankenhaus in der gleichen Art und Weise hätten durchgeführt werden können.	✔ 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 Notfalleinweisung handelte, oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus 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 Anschlussheilbehandlung (AHB) in einer gemischten Krankenanstalt, die innerhalb von zwei Wochen 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 vier Wochen dauert.	✔ Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic Premium (ZV)	Concordia SZ PLUS SZ1	Münchener Verein 735	R+V K1U	Süddeutsche Klinik 1-Bett	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:	41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
Wird der gesetzl. Eigenanteil (10 € pro Tag, max. 28 Tage) im Krankenhaus erstattet?	 Ja, die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Krankenhaus sind erstattungsfähig.  Hinweis: Besteht neben Tarif MediClinic Premium eine Krankheitskostenvollversicherung, wird bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in Höhe und Dauer des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) gezahlt. Die Höhe des Krankenhaustagegeldes entspricht dem Zahlungsbetrag, der jeweils für die Dauer einer vollstationären Behandlung von einem GKV-Versicherten aufzubringen ist (zzt. 10 EUR/Tag für max. 28 Tage p. a.). Für eine vor-, nach- und teilstationäre Krankenhausbehandlung sowie bei Entbindung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.	 SZ1: Zuzahlungen im Krankenhaus sind nicht erstattungsfähig. SZ PLUS: Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wird in Anlehnung an die Regelungen des § 61 Sozialgesetzbuch V ein Krankenhaustagegeld für längstens 28 Tage von 10 EUR gezahlt.	 Ja, die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Krankenhaus sind erstattungsfähig.	 Nein, die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Krankenhaus sind nicht erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden.  Hinweis: Der Versicherer zahlt bei akutstationären Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland und im Ausland für jeden Tag der vollstationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von 10 EUR (z. B. zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus); Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.	 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 Tarif MediClinic Premium versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung eine erwachsene Begleitperson stationär aufgenommen wird. Erstattet werden die zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Die stationäre Behandlung des versicherten Kindes muss vor Vollendung des 10. Lebensjahres begonnen haben.	 SZ PLUS: Zum Ausgleich der Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson für versicherte Kinder (bis zum 14. Lebensjahr) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR pro Tag gezahlt. SZ1: Nein, die gesonderte Unterkunft/Verpflegung einer Begleitperson eines Kindes ist nicht erstattungsfähig.	 Bei stationärer Heilbehandlung leistet der Versicherer auch für die gesondert berechenbaren Kosten für die Begleitperson, soweit medizinisch notwendig.	 Ja, bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K1 versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr zu 100% erstattungsfähig, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.	 Ist der Versicherer für eine akutstationäre Behandlung, Rehabilitationsmaßnahme oder stationäre Psychotherapie eines Kindes leistungspflichtig, werden die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson erstattet, sofern das Kind zu Beginn der Behandlung höchstens 15 Jahre alt ist.	 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic Premium (ZV)	Concordia SZ PLUS SZ1	Münchener Verein 735	R+V K1U	Süddeutsche Klinik 1-Bett	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:	41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
Sind zusätzliche Leistungen für stationäre Kuren vorgesehen?	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Versicherungsschutz besteht für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme im tariflichen Rahmen, sofern die Heilbehandlungsmaßnahme vollständig durch einen privaten Krankenversicherer erbracht wird. Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme einzuholen.	SZ PLUS, SZ1: Nein. Leistungen für stationäre Kuren werden nicht erbracht.			Rehabilitationsmaßnahmen (s. auch Leistungspunkt "Privatkliniken"): - in Deutschland mit 100%-iger Vorleistung der GKV: Wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen übernimmt, ist die Behandlung für den Versicherer medizinisch notwendig; er erstattet dann 100% der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer, gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (einschl. der Leistungen von Belegärzten), Mehrkosten bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses. - im Ausland: Wenn die GKV für die allgemeinen Krankenhausleistungen eine Vorleistung übernimmt, ist die Behandlung für den Versicherer medizinisch notwendig; er erstattet dann 100% der verbleibenden Kosten für die vom Krankenhaus berechneten allgemeinen Pflegekosten, Unterbringung und Verpflegung, gesondert berechenbare ärztliche Leistungen. Eine Vorleistung ist eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik in Deutschland, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist. Gezahlt wird nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Hinweis: Leistungen nur für Rehabilitationsmaßnahmen (aber nicht bei Entwöhnungsbehandlungen wg. Suchterkrankungen)!	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.
Ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld vorgesehen, wenn Wahlleistungen nicht in Anspruch genommen werden?	Bei Verzicht auf gesondert berechnete ärztliche Leistungen oder Unterkunft/ Verpflegung im 1- oder 2-Bettzimmer werden jeweils 20 EUR pro Tag gezahlt (bis zum vollendeten 16. Lebensjahr jeweils 10 EUR).	Bei Unterbringung im 2-Bettzimmer oder Verzicht auf privatärztliche Behandlung werden 20 EUR, bei Unterbringung im Mehrbettzimmer 40 EUR pro Tag gezahlt.	Bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen von die gesonderte Unterkunft werden pro Tag 25,- € gezahlt. Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung werden pro Tag 25,- € gezahlt. (Bei Kindern jeweils die Hälfte)	Bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen für die gesonderte Unterkunft werden pro Tag 30,- € gezahlt. Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung werden pro Tag 40,- € gezahlt.	Ersatzkrankenhaustagegeld bei akutstationärer Behandlung in Deutschland: - 20 EUR, wenn statt des 1-Bettzimmers ein 2-Bettzimmer berechnet wird - 40 EUR, wenn keine Unterbringungskosten geltend gemacht werden - 60 EUR, wenn keine ärztlichen Leistungen geltend gemacht werden für jeden Krankenhaustag, an dem die jeweilige Leistung nicht angefallen ist. Kein Ersatzkrankenhaustagegeld bei teilstationären, vor- und nachstationären Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulanten stationärsetzenden Operationen.	Berechnet das Krankenhaus das 1- oder 2-Bettzimmer und/oder privatärztliche Behandlung nicht, werden für jeden Tag einer vollstationären Behandlung jeweils 25 EUR gezahlt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic Premium (ZV)	Concordia SZ PLUS SZ1	Münchener Verein 735	R+V K1U	Süddeutsche Klinik 1-Bett	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:	41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
Werden die Wahlleistungen (nicht Regelleistungen) in Privatkliniken erstattet?	<p>✔ Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft + privatärztliche Leistungen sind erstattungsfähig. Als Zuschlag für die Unterkunft/Verpflegung wird die Differenz zwischen den Pflegesätzen für das 1- oder 2-Bettzimmer zum Pflegesatz für das 3- oder Mehrbettzimmer angesetzt.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind die Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG und § 22 BP? V) für die gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer und die privatärztliche Behandlung (1. bzw. 2. Pflegeklasse).</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>	<p>Ohne Vorleistung der GKV werden Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte, einschließlich der Leistungen von Belegärzten und Sachkosten zu 90% bis max. 6.000 EUR erstattet. Nach Vorleistung der GKV werden zuvor genannte Aufwendungen zu 100% übernommen.</p>	<p>✔ Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.</p> <p>akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ohne volle Vorleistung der GKV:</p> <p>Wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in voller Höhe übernimmt, prüft der Versicherer die medizinische Notwendigkeit. Ist die stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig, zahlt er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistungen - die gesondert berechnete Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer - gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, einschl. der Leistungen von Belegärzten (und gesondert berechenbare Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern). <p>Als Vorleistung der GKV gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> bei akutstationären Behandlungen: eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab. bei Rehabilitationsmaßnahmen: eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist. <p>Hinweis des Versicherers: Gezahlt wird nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Das kann beispielsweise bei der Behandlung in einer Privatklinik vorkommen. In diesem Fall sind die allgemeinen Krankenhausleistungen selbst zu tragen.</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>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic Premium (ZV)	Concordia SZ PLUS SZ1	Münchener Verein 735	R+V K1U	Süddeutsche Klinik 1-Bett	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:	41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
Ist im stationären Bereich ein Optionsrecht für den Wechsel in eine Vollversicherung enthalten?	Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten.	✔ SZ PLUS: Ja, nach 60 Monaten kann der Versicherte ohne erneute Gesundheitsprüfung in jeden für den Neuzugang offenen Vollversicherungstarif sowie in die P?egep?ichtversicherung und in einen Krankentagegeldtarif (mind. KT 43) umstellen. Vorher besteht das Optionsrecht nur nach Beendigung einer P?icht- bzw. Familienversicherung, sofern der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung gestellt wird. SZ1: Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten.	Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten.		Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Optionsrecht auf Wechsel in den Tarif dieser Tariffilinie mit höheren oder umfassenderen Leistungen - ohne erneute Gesundheitsprüfung; Umstellungstermin ist jeweils der Erste des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 oder 65 Jahre alt wird (Antragsstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin). Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz gilt auch für laufende Versicherungsfälle ab dem Termin der Umstellung. Zzt. ist der SP1 der Tarif mit den höchsten/umfassendsten Leistungen dieser Tariffilinie.	Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten.
Werden im Tarif Alterungsrückstellungen gebildet oder handelt es sich um einen reinen Risikobeitrag?	✔ Ja, in diesem Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet.	✔ SZ PLUS, SZ1: Ja, in diesem Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet.	✔ Ja, in diesem Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet.	✔ Ja, in diesem Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet.	✔ Ja, in diesem Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet.	✔ Ja, in diesem Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet.
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ SZ PLUS, SZ1: Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ Der Versicherer verzichtet auch dann auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn bei ihm lediglich eine Krankheitskosten-Teilversicherung besteht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ SZ PLUS, SZ1: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr.		✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Versicherungsjahr; es dauert vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate; danach ist der Tarif täglich kündbar.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Gothaer MediClinic Premium (ZV)	Concordia SZ PLUS SZ1	Münchener Verein 735	R+V K1U	Süddeutsche Klinik 1-Bett	Barmenia Mehr Komfort 1-Bett K
Monatsbeitrag:	41.90 €	43.57 €	44.96 €	45.58 €	49.78 €	51.55 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	92 %	92 %	92 %	100 %
Sonstiges?	<p>✔ Erstattungsfähig sind auch 100% der nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen für den Transport im Krankenwagen, im Notfallrettungsdienst auch mit dem Hubschrauber - zur stationären Behandlung.</p> <p>Auf die Einhaltung der Wartezeiten wird verzichtet.</p> <p>Im Rahmen der in § 4 Abs. 5.2 AVB genannten Erkrankungen (Diagnosen) werden bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung die versicherten Wahlleistungen zur Verfügung gestellt, sofern Kostenträger dieser Maßnahme eine private Krankenversicherung ist. Wird eine stationäre Leistung durch die GKV gemäß § 40 SGB V (medizinischen Rehabilitation) erbracht, besteht für die genannten Erkrankungen (Diagnosen) ein Leistungsanspruch im tariflichen Rahmen.</p> <p>Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Anschlussheilbehandlung einzuholen.</p>	<p>✔ SZ1: Erstattet werden die GKV-Vorleistung verbleibenden, medizinisch notwendigen Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus zu 100%.</p> <p>SZ PLUS: Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den operierenden Arzt im Rahmen einer stationären Behandlung; Erstattet werden 100% der nach GKV-Vorleistungen verbleibenden Kosten für eine gesondert berechnete ärztliche Leistung, soweit sie nicht unter §115a SGB V fällt.</p> <p>Hinweis: Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 20 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.</p>		<p>✔ Außerdem sind u. a. folgende Leistungen enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachhilfeunterricht bis 200 EUR nach mindestens 3-wöchigem Krankenhausaufenthalt (alle 2 Jahre) - Entbindungspauschale für Frauen (200 EUR) - Beitragsfreistellung nach mindestens 8-wöchigem Krankenhausaufenthalt für die Dauer der weiteren stationären Behandlung - Auslandsrücktransport bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen <p>Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.</p> <p>Hinweis: Keine Erstattung für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen sowie Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft.</p>	<p>✔ Weitere Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ärztliche Leistungen und Laboruntersuchungen bei ambulanten Vor- oder Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus, sofern die Untersuchung in Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Behandlung gem. Bedingungen erforderlich ist (jeweils eine Vor- und Nachuntersuchung) - medizinisch notwendige Fahrten/Transporte, sofern die Fahrt/der Transport zu einer Behandlung, für die der Versicherer gem. Bedingungen leistungspflichtig ist, erfolgt. - Fahrten/Transporte wegen Geh- oder Sehfähigkeit sowie bei Fahrunfähigkeit (müssen auf einer ärztlich festgestellten Krankheit beruhen oder Folge einer ärztlichen Behandlung sein) - nach Vorleistung der GKV/ eines anderen Kostenträgers bis max. 250 EUR p. a. <p>anerkannte Gebühren bei Behandlungen im Ausland: ärztliche Leistungen, die vom Krankenhaus berechneten allgemeinen Pflegekosten, Unterbringungs- und Verpflegungskosten in ortsüblicher Höhe. Gibt es am Behandlungsort eine Taxe für den jeweiligen Leistungserbringer, werden nur die Kosten, die der taxmäßigen Vergütung entsprechen, erstattet.</p> <p>Keine Wartezeiten.</p> <p>Leistungsausschluss für bei Antragstellung bestehende Schwangerschaft.</p>	<p>✔ Weitere Leistungen/100% Erstattung auch für</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 angetragenen Operation) - 1.000 EUR ambulante Entbindungspauschale je Hausgebur/Entbindung in einem Geburtshaus. <p>Keine Wartezeiten.</p>