

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
<b>Selbstbeteiligung (SB)</b>		
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	<p>✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 480,- € pro Kalenderjahr begrenzt. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigt sich für das erste Jahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.</p>	<p>✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 480,- € pro Kalenderjahr begrenzt. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigt sich für das erste Jahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.</p>
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	<p>✔ Heilmittel werden zu 75% bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR p.a. erstattet, darüber hinaus zu 100% in Verbindung mit bestimmten schweren Erkrankungen.</p> <p>Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 530 EUR            - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 100% Erstattung ./ 480 EUR SB = 520 EUR            - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 100% Erstattung = 500 EUR (bei Bezug vorhandener Generika)            - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 100% Erstattung = 800 EUR (bei Einschaltung VR)            - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 75% Erstattung = 150 EUR            Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt 4.470 EUR (75 EUR bei bestimmten schweren Erkrankungen).            Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt.</p>	<p>✔ Heilmittel werden zu 75% bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR p.a. erstattet, darüber hinaus zu 100% in Verbindung mit bestimmten schweren Erkrankungen.</p> <p>Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 530 EUR            - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 100% Erstattung ./ 480 EUR SB = 520 EUR            - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 100% Erstattung = 500 EUR (bei Bezug vorhandener Generika)            - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 100% Erstattung = 800 EUR (bei Einschaltung VR)            - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 75% Erstattung = 150 EUR            Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt 4.470 EUR (75 EUR bei bestimmten schweren Erkrankungen).            Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt.</p>
- Selbstbehalt nur ambulant?	Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten und stationären Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten und stationären Bereich.
- prozentualer Selbstbehalt?	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ Für Kinder bis zum Alter 19 gilt die hälftige Selbstbeteiligung.	✔ Für Kinder bis zum Alter 19 gilt die hälftige Selbstbeteiligung.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzl. Programmen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzl. Programmen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.
<b>Haus-/Primärarztprinzip</b>		
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	<p>Die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt muss durch einen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)</li> <li>⚠ - Facharzt für Kinderheilkunde</li> <li>- Facharzt für Gynäkologie</li> <li>- Facharzt für Augenheilkunde</li> <li>- Not- oder Bereitschaftsarzt</li> </ul> <p>erfolgen. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.            Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.</p>	<p>Die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt muss durch einen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)</li> <li>⚠ - Facharzt für Kinderheilkunde</li> <li>- Facharzt für Gynäkologie</li> <li>- Facharzt für Augenheilkunde</li> <li>- Not- oder Bereitschaftsarzt</li> </ul> <p>erfolgen. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.            Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	Nein. Ist die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt nicht durch einen der zuvor genannten Ärzte (Hausarzt, Facharzt für Gynäkologie, Augen- oder Kinderheilkunde, Not- oder Bereitschaftsarzt) erfolgt, werden auch alle Folgebehandlungen mit dem reduzierten Satz erstattet.	Nein. Ist die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt nicht durch einen der zuvor genannten Ärzte (Hausarzt, Facharzt für Gynäkologie, Augen- oder Kinderheilkunde, Not- oder Bereitschaftsarzt) erfolgt, werden auch alle Folgebehandlungen mit dem reduzierten Satz erstattet.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Hausarzt erforderlich ist.	✔ Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Hausarzt erforderlich ist.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	Nein, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Hausarztprinzip wie in Deutschland.	Nein, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Hausarztprinzip wie in Deutschland.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Ja, das Hausarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzten im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).	✔ Ja, das Hausarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzten im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ Ja, der Eigenanteil (25%ige Selbstbeteiligung) ist auf 1.000 EUR (unter 20-Jährige 500 EUR) im Kalenderjahr begrenzt.	✔ Ja, der Eigenanteil (25%ige Selbstbeteiligung) ist auf 1.000 EUR (unter 20-Jährige 500 EUR) im Kalenderjahr begrenzt.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	✔ Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75%.	✔ Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75%.
<b>Gebührenordnung ambulant</b>		
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
<b>Heilpraktiker</b>		
- Heilpraktiker	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
- mind. bis zum Höchstsatz GebüH. erstattungsfähig?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebüH hinaus) erstattungsfähig?	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.
Sind alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	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 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.
<b>Vorsorge</b>		
- über gesetzl. Programme hinaus?	Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.	Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.
- Schutzimpfungen?	✔ Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphterie und Zeckenbiss-Encephalitis.	✔ Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphterie und Zeckenbiss-Encephalitis.
<b>Heilmittel</b>		
- Heilmittel-Definition	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie nachstehend aufgeführte Heilmittel/Therapien: Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung. Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie nachstehend aufgeführte Heilmittel/Therapien: Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung. Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden.
- Erstattung von Heilmitteln in %?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Erstattet werden 75% bis max. 375 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus nur in Verbindung mit einer in den Tarifbedingungen genannten schweren Erkrankungen (z. B. Krebs, dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Schlaganfall) - zu 100%.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Erstattet werden 75% bis max. 375 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus nur in Verbindung mit einer in den Tarifbedingungen genannten schweren Erkrankungen (z. B. Krebs, dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Schlaganfall) - zu 100%.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✔ Der Eigenanteil für Heilmittel ist nicht in der Höhe begrenzt.	✔ Der Eigenanteil für Heilmittel ist nicht in der Höhe begrenzt.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	Heilmittel werden bis max. 375 EUR pro Kalenderjahr erstattet (75% bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR). ⚠ Hinweis: Heilmittel bei bestimmten schweren Erkrankungen werden ab einem Rechnungsbetrag von mehr als 500 EUR zu 100% erstattet.	Heilmittel werden bis max. 375 EUR pro Kalenderjahr erstattet (75% bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR). ⚠ Hinweis: Heilmittel bei bestimmten schweren Erkrankungen werden ab einem Rechnungsbetrag von mehr als 500 EUR zu 100% erstattet.
- Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis, eine Begrenzung auf Beihilfesätze, "ortsübliche" oder "angemessene" Preise o. ä.?	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.
- Logopädie	✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Leistungen des Logopäden einschl. der Wegegebühren werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.	✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Leistungen des Logopäden einschl. der Wegegebühren werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.
- Ergotherapie	✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Leistungen des Ergotherapeuten einschl. der Wegegebühren werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.	✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Leistungen des Ergotherapeuten einschl. der Wegegebühren werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.
<b>Hilfsmittel</b>		
Hilfsmittel	✔ Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.	✔ Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ Keine separate Selbstbeteiligung. Ggf. fällt eine Zuzahlung an, sofern Hilfsmittel, die mehr als 500 EUR kosten, nicht vorab vom Versicherer zugesagt wurden (s. "keine Beschränkung der Bezugsart/Zusageerfordernis").	✔ Keine separate Selbstbeteiligung. Ggf. fällt eine Zuzahlung an, sofern Hilfsmittel, die mehr als 500 EUR kosten, nicht vorab vom Versicherer zugesagt wurden (s. "keine Beschränkung der Bezugsart/Zusageerfordernis").
- offener Hilfsmittelkatalog?	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	Bei mehr als einmaligem Bezug eines Hilfsmittel gleicher Art im Kalenderjahr und/oder bei Hilfsmitteln mit einem Kaufpreis von mehr als 500 EUR ist eine vorherige Zusage erforderlich (auch bei deren Wartung und Reparatur). Wird bei den Hilfsmittel, die mehr als 500 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.	Bei mehr als einmaligem Bezug eines Hilfsmittel gleicher Art im Kalenderjahr und/oder bei Hilfsmitteln mit einem Kaufpreis von mehr als 500 EUR ist eine vorherige Zusage erforderlich (auch bei deren Wartung und Reparatur). Wird bei den Hilfsmittel, die mehr als 500 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.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung?	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Hörgeräte und Sprechhilfen sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechhilfen sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✔ Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).	✔ Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
<b>Sehhilfen</b>		
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 150 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.  Beitragszuschlag für Sehhilfen: 5 EUR bis 7,9 Dioptrien / 10 EUR ab 8 Dioptrien	✔ Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 150 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.  Beitragszuschlag für Sehhilfen: 5 EUR bis 7,9 Dioptrien / 10 EUR ab 8 Dioptrien
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✔ Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehkraft um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.	✔ Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehkraft um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
<b>Psychotherapie</b>		
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✔ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✔ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	25% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	25% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	Ambulante Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer nicht erstattungsfähig.	Ambulante Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer nicht erstattungsfähig.
<b>Ambulant</b>		
- ambulante Krankentransporte?	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.
<b>Ambulante Transporte</b>		
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✔ Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>		
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	Für Arzneimittel gemäß beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages - 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, ⚠ - 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird. Hinweis: 75 statt 100% Erstattung, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (außer bei Notfall- o. Unfall sowie bei nachweislich allergischer Reaktion auf das Generika).	Für Arzneimittel gemäß beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages - 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, ⚠ - 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird. Hinweis: 75 statt 100% Erstattung, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (außer bei Notfall- o. Unfall sowie bei nachweislich allergischer Reaktion auf das Generika).

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	Nein, medikamentenähnliche Nährmittel sind nicht erstattungsfähig.  Erstattungsfähig sind Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	Nein, medikamentenähnliche Nährmittel sind nicht erstattungsfähig.  Erstattungsfähig sind Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.
<b>sonstiges</b>		
- medizinische Versorgungszentren?	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/ Krankenpflege?	✔ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.
- Palliativversorgung?	✔ 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.	✔ 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.
<b>Kurleistung ambulant</b>		
- Kuren ambulant?		
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✔ 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.	✔ 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.
<b>Ambulant</b>		
Sonstiges	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
<b>Stationär</b>		
- 1-Bettzimmer?	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	
- 2-Bettzimmer?	Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nach einem Unfall erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen im allgemeinen belegärztlichen Rahmen.	Belegärztliche Leistungen sind (unabhängig von einem Unfall) im allgemeinen belegärztlichen Rahmen erstattungsfähig. Hinweis: Wahlärztliche Leistungen ("Chefarztbehandlung") sind nach einem Unfall erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?		
<b>Gebührenordnung Stationär</b>		
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	Gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte sind im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ) erstattungsfähig.	Gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte sind im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ) erstattungsfähig. Hinweis: Unfallbedingte wahlärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf den allgemeinen belegärztlichen Rahmen begrenzt.	Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf den allgemeinen belegärztlichen Rahmen begrenzt (unfallbedingte wahlärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der GOÄ).
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
<b>Privatkliniken</b>		
Privatkliniken	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	✔ Ja. Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes werden zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages vergütet.	✔ Ja. Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes werden zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages vergütet.
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	Es sind keine Wahlleistungen versichert.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Erstattet werden nach Unfall zu 100% die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes für die gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer + gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
<b>Stationär</b>		
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden.
- Ersatzkrankhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✔ Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn: - es sich um eine Notfalleinweisung 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.	✔ Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn: - es sich um eine Notfalleinweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und/oder ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
- Kuren stationär?		
Sonstiges		

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
<b>Zahn</b>		
Zahnbehandlung (%)?	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	✔ Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Sofern keine zahnärztl. Kontrolluntersuchung im Kalenderjahr stattfand, verringert sich die Erstattung um 10% bis auf 55%. Er erhöht sich bei nachgewiesener zahnärztl. Kontrolluntersuchung um 10% p.a., max. auf 75%.	✔ Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Sofern keine zahnärztl. Kontrolluntersuchung im Kalenderjahr stattfand, verringert sich die Erstattung um 10% bis auf 70%. Er erhöht sich bei nachgewiesener zahnärztl. Kontrolluntersuchung um 10% p.a., max. auf 90%.
- Kieferorthopädie (%)?	✔ Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig, plus 20% nach erfolgreichem Abschluss (die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden).
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.	✔ Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.
<b>Gebührenordnung Zahn</b>		
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.
<b>Zahn</b>		
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	<p>✔ Für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz, Kieferorthopädie gelten folgende Höchstleistungen:</p> <p>⚠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 500 EUR im ersten Versicherungsjahr</li> <li>- 1.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren</li> <li>- 2.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren</li> <li>- 3.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren</li> <li>- 4.000 EUR ab dem 5. Versicherungsjahr pro Versicherungsjahr</li> </ul> <p>Hinweis: begrenztere Zahnstaffel, in Abhängigkeit von der Anzahl der fehlenden/ersetzten Zähne (s. Antrag)</p>	<p>✔ Für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz, Kieferorthopädie gelten folgende Höchstleistungen:</p> <p>⚠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 500 EUR im ersten Versicherungsjahr</li> <li>- 1.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren</li> <li>- 2.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren</li> <li>- 3.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren</li> <li>- 4.000 EUR ab dem 5. Versicherungsjahr pro Versicherungsjahr</li> </ul> <p>Hinweis: begrenztere Zahnstaffel, in Abhängigkeit von der Anzahl der fehlenden/ersetzten Zähne (s. Antrag)</p>
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	✔ Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.	✔ Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.
Sonstiges		

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>		
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✔ Markteinführung: 01.2013	✔ Markteinführung: 01.2013
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	✔ Markteinführung Vorgängertarif "R-START": 2008	✔ Markteinführung Vorgängertarif "R-START-PLUS": 2008
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>		
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✔ 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?	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?	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherte auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	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?	✔ Es gibt ein Bewertungsschema (s. Antrag).  - bis 2 fehlende Zähne: 5 EUR Beitragszuschlag pro fehlendem Zahn - ab 5 fehlenden Zähnen: Ablehnung	✔ Es gibt ein Bewertungsschema (s. Antrag).  - bis 2 fehlende Zähne: 5 EUR Beitragszuschlag pro fehlendem Zahn - ab 5 fehlenden Zähnen: Ablehnung
Zahnbehandlung: Vertragsabschluss möglich, wenn Behandlung angeraten/geplant/laufend?		
Zahnersatz: Vertragsabschluss möglich, wenn Behandlung angeraten/geplant/laufend?		
- Anzahl aller ersetzten/überkronten Zähne:		



















# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
Kieferorthopädie: Vertragsabschluss möglich, wenn Behandlung angeraten/geplant/laufend?		
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ Kinder sind ab Alter 4 alleine versicherbar.	✔ Kinder sind ab Alter 4 alleine versicherbar.
<b>Ausland</b>		
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔ Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.	✔ Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✔ Der medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Krankenrücktransport aus dem Ausland ist zu 100% und die Überführung oder Bestattung am Sterbeort im Todesfall sind zu 100% bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig.	✔ Der medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Krankenrücktransport aus dem Ausland ist zu 100% und die Überführung oder Bestattung am Sterbeort im Todesfall sind zu 100% bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig.
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Ja, verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz ins europäische Ausland, begrenzt der Versicherer seine Leistungen bei den dort aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Ja, verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz ins europäische Ausland, begrenzt der Versicherer seine Leistungen bei den dort aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Ja, verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz ins europäische Ausland, begrenzt der Versicherer seine Leistungen bei den dort aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Ja, verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz ins europäische Ausland, begrenzt der Versicherer seine Leistungen bei den dort aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	✔ Abweichend von § 15 Abs. 3 Teil I verpflichtet sich der Versicherer, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes 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 Versicherers.	✔ Abweichend von § 15 Abs. 3 Teil I verpflichtet sich der Versicherer, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes 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 Versicherers.
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>		
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	Kein Optionsrecht, solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird.	Kein Optionsrecht, solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>		
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	Bei der ersten Entziehungsmaßnahme (ausgenommen Nikotinsucht), für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, wird ein Kostenzuschuss von 80% gezahlt, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.	Bei der ersten Entziehungsmaßnahme (ausgenommen Nikotinsucht), für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, wird ein Kostenzuschuss von 80% gezahlt, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	 Medizinisch notwendige künstliche Befruchtung (max. 3 Versuche) wird erstattet, sofern: <ul style="list-style-type: none"> <li>- zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist,</li> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,</li> <li>- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und</li> <li>- eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.</li> </ul>	 Medizinisch notwendige künstliche Befruchtung (max. 3 Versuche) wird erstattet, sofern: <ul style="list-style-type: none"> <li>- zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist,</li> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,</li> <li>- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und</li> <li>- eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.</li> </ul>
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.
Garantierte Beitragsrückerstattung?	Die BRE ist nicht vertraglich garantiert.	 Gesundheitsbonus: 1. leistungsfreies Kalenderjahr (Kj.) = 200 EUR (anteilig bei unterjährigem Beginn) / 2.  leistungsfreies Kj. in Folge = 250 EUR / 3. und jedes weitere leistungsfreie Kj. in Folge = 300 EUR Hinweis: garantierter Bonus
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	 erfolgsabhängige BRE:  - 2,5 Monatsbeiträge ab 1 leistungsfreien Jahr - anteilige BRE bei unterjährigem Beginn Hinweis: 2,5 MB	 erfolgsabhängige BRE:  - 2,5 Monatsbeiträge ab 1 leistungsfreien Jahr - anteilige BRE bei unterjährigem Beginn Hinweis: 2,5 MB (zusätzlich zum Gesundheitsbonus (s. vorherigen Leistungspunkt))
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	 erfolgsabhängige BRE:  - 2,5 Monatsbeiträge ab 1 leistungsfreien Jahr - anteilige BRE bei unterjährigem Beginn Hinweis: 2,5 MB	 erfolgsabhängige BRE:  - 2,5 Monatsbeiträge ab 1 leistungsfreien Jahr - anteilige BRE bei unterjährigem Beginn Hinweis: 2,5 MB (zusätzlich zum Gesundheitsbonus (s. vorherigen Leistungspunkt))
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	 Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	 Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	 Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	 Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Signal Iduna R-START PVN(A)	Signal Iduna R-START-PLUS PVN(A)
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	<p>✔ Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/ KK Teil I. Die Leistungseinschränkung 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.</p>	<p>✔ Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/ KK Teil I. Die Leistungseinschränkung 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.</p>
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.</p>
Sonstiges	<p>✔ 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>✔ 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>