

## Vergleich des KV-Leistungsangebots

### PKV-NÜRNBERGER (TOP-Tarif) vs. (Familien-)Mitversicherung (GKV).

Bei Gegenüberstellung des Leistungsumfangs der PKV - NÜRNBERGER mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Familienmitversicherung ergibt sich folgendes Bild:

Legende	
✓	voll erfüllt
—	nicht erfüllt
○	mindestens eingeschränkt erfüllt
Nürnberger Alliance Voll	GKV
<b>Amb., Offener Hilfsmittelkatalog</b>	
<p>— TOP: Nein. Erstattungsfähig sind Brillengläser, Kontaktlinsen, Hör- u. Sprechgeräte (elektr. Kehlkopf), Bandagen, Gefäß- u. Stützapparate, Körpersatzstücke und Prothesen, ferner die aus med. Fachgeschäften bezogene Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe und Einlagen, Schlafapnoegeräte, Herz- und Atemmonitore und Ernährungspumpen. Darüber hinaus sind Krankenfahrstühle (tariflich 1500 EUR) und vom Arzt verordnete orthopädische Schuhe (Eigenanteil tariflich 102 EUR p.a.) erstattungsfähig. Hilfsmittel sind bis 2.045 EUR Rechnungsbetrag p.a. zu 80%, darüber zu 100% erstattungsfähig; Sehhilfen bleiben hierbei unberücksichtigt.</p>	<p>✓ Ja. Nach Verordnung durch einen Kassenarzt besteht ein Leistungsanspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, die nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder Bagatelldarfmittel gelten. Darüber hinaus ist die Kostenübernahme durch die GKV auf bestimmte Festbeträge (Höchstsätze) begrenzt, ggf. sind daher vom Versicherten Eigenanteile zu leisten. Die Eigenbeteiligung für Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte) beträgt 10% des Hilfsmittelpreises, mind. 5 EUR, max. jedoch 10 EUR und nie mehr als die eigentlichen Kosten des Hilfsmittels. Für Hilfsmittel die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Windeln) beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, max. jedoch 10 EUR im Monat.</p> <p>Achtung: Höchstzuzahlungsgrenzen beachten!</p>
<b>Amb., Sehhilfen</b>	
<p>TOP: Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten bis 128 EUR RB erstattungsfähig.</p>	<p>Seit 01.01.97 werden Brillengestelle und ab 01.01.04 werden Brillengläser nicht mehr bezuschusst. Ausnahmen gelten bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sowie bei schwer sehbeeinträchtigten Personen. Ein Anspruch auf Kontaktlinsen entsteht nur in med. zwingend erforderlichen Ausnahmefällen.</p>
<b>Amb., Hilfsmittel ohne Einschränkung</b>	
<p>— TOP: Nein. Hilfsmittel sind bis 2.045 EUR Rechnungsbetrag p.a. zu 80%, darüber zu 100% erstattungsfähig. Als Hilfsmittel gelten Anwendungen zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten/Unfallfolgen wie: Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlungen, Elektro- und Lichttherapie.</p>	<p>✓ Ja. Hilfsmittel sind ohne Einschränkung erstattungsfähig. Hierzu zählen beispielsweise Maßnahmen der Physikalischen, der Stimm-, Sprech- und Sprach-, der Ergo- und der podologischen Therapie. Bei Inanspruchnahme von Hilfsmitteln ist eine Eigenanteil in Höhe von 10% der Kosten zu tragen, sowie einen pauschalen Betrag von 10,- EUR je Verordnung.</p>
<b>Amb., Logopädie</b>	
<p>✓ TOP: Ja. Logopädie ist bis 2.045 EUR Rechnungsbetrag p.a. zu 80%, darüber hinaus zu 100% erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Ja. Logopädie ist ohne Einschränkung erstattungsfähig. Bei Inanspruchnahme von Logopädie ist ein Eigenanteil in Höhe von 10% der Kosten zu tragen, sowie einen pauschalen Betrag von 10,- EUR je Verordnung.</p>



<p><b>Stat., Psychotherapie ohne Genehmigungspflicht</b></p> <p>✓ TOP: Ja. Ohne vorherige Genehmigung sind bis zu 20 stationäre psychotherapeutische Behandlungstage p.a. erstattungsfähig.</p>	<p>Die Behandlung auf Überweisung eines Fachztes wird im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes übernommen.</p>
<p><b>Stat., Auslandsrücktransport</b></p> <p>✓ TOP: Ja. Der med. notwendige Krankenrücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.</p>	<p>– Nein. Der Auslands-Rücktransport ist nicht mitversichert.</p>
<p><b>Stat., Kuren</b></p> <p>– TOP: Nein. Die Kosten stationärer Kuren sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Ja. Zu den Leistungen der GKV gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschärfung zu verhindern. Bei Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ist primär die DRV als Rentenversicherungsträger leistungspflichtig, andernfalls die GKV. Grundsätzlich ist ein gesetzlicher Eigenanteil zu leisten (Zuzahlung 10 EUR tg.).</p>
<p><b>Stat., Transportkosten</b></p> <p>✓ TOP: Ja. Erstattungsfähig sind Transporte und Fahrten bei ärztl. bescheinigter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, Fahrten mit Taxis, öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit dem privaten Fahrzeug (0,30 EUR pro km) werden bis max. 100 EUR erstattet.</p>	<p>✓ Ja. Bei Krankentransport in Rettungsfahrzeugen und Krankenwagen zur stationären Behandlung wird der 10 EUR übersteigende Betrag erstattet.</p>
<p><b>Stat., Leistung über Höchstsätze</b></p> <p>– TOP: Nein. Im stationären Bereich ist die privatärztliche Behandlung nicht erstattungsfähig; geleistet wird für Belegarztleistungen bis zu den Regelhöchstbeträgen der GOÄ.</p>	<p>Die Regulierung durch die GKV erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip. Der Umfang der Leistungen ist im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt.</p>
<p><b>Stat., Besonderheiten</b></p> <p>TOP: Ja. Stationäre Reha-Maßnahmen sind als Anschlussheilbehandlungen (AHB) bei schweren Erkrankungen aus den Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie u. Onkologie im Anschluss an eine stat. KH-Behandlung, ggf. begrenzt auf die Eigenbehalte nach Leistungen der BfA, Bezügensgemeinschaft, etc., nach vorheriger schriftlicher Zusage des VR erstattungsfähig.</p>	<p>Ja. Die Regelleistungen werden in dem Krankenhaus übernommen, in das der Arzt den GKV-Versicherten eingewiesen hat; bei Wahl eines anderen, als in der Einweisung genannten Krankenhauses sind dadurch entstehende Differenzkosten beim allgemeinen Pflegesatz selbst zu tragen. Unabhängig davon verbietet beim Versicherten für max. 28 Tage p.a. eine Eigenbeteiligung (10 EUR) je Krankenhaustag.</p>
<p><b>Zahn, Erstattungsprozentsätze</b></p> <p>TOP: Die Kosten der Zahnbehandlung sind zu 100%, für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu je 60% des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.</p>	<p>Bei kassenärztlicher Versorgung werden Kosten einer Zahnbehandlung zu 100%, Zahnersatz in kassenüblicher Ausführung zu 50% des Kassenstandards (mit Bonusregelung max. 65%) und kieferorthopädische Behandlungen (dR, nur bis zum vollend. 18. LJ) zunächst zu 80%, nach Behandlungsabschluss zu 100% erstattet. Max. 1 Brücke über 4 fehlende Zähne je Kiefer. ZE über die kassenärztliche Versorgung hinaus darf bis max. 2-fach GOZ fakturiert werden. An die Stelle des prozentualen Anteils der GKV an den Kosten für ZE treten ab 01.01.05 befundbezogene Festzuschüsse. Die Bonusregelungen bleiben in bisherigem Umfang erhalten, werden allerdings an das Festzuschuss-System angepasst.</p>
<p><b>Zahn, Erstattung unabhängig von Prophylaxe</b></p> <p>✓ TOP: Ja. Die Erstattungsätze bleiben ohne regelmäßig nachgewiesene Vorsorge/Prophylaxe konstant.</p>	<p>✓ Ja. Bei Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) erhöht sich die Erstattung, wenn 5 Jahre vor Beginn der Zahnersatzmaßnahme nachweislich jährlich mindestens eine Vorsorgeuntersuchung (Zahn-, Mund- und Kieferkrankung) durchgeführt wurde, auf 60%. Bei Nachweis einer ununterbrochenen 10-jährigen Vorsorge erhöht sich die Erstattung auf 65%.</p>
<p><b>Zahn, Gleichbleibender Erstattungsprozentsatz</b></p> <p>✓ TOP: Ja. Der Erstattungsprozentsatz bleibt unabhängig vom Rechnungsbetrag konstant.</p>	<p>✓ Ja. Der Erstattungsprozentsatz bleibt unabhängig vom Rechnungsbetrag konstant.</p>
<p><b>Zahn, keine Summenbegrenzung</b></p> <p>– TOP: Nein. Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie sind, außer bei Unfällen, bis jeweils 512 EUR Rechnungsbetrag im 1. Versicherungsjahr, 1.023 EUR RB im 2. VJ, 1.534 EUR RB im 3. VJ, 2.046 EUR RB im 4. VJ und 2.557 EUR RB im 5. VJ erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Ja. Höchstbeträge sind in den ersten Versicherungsjahren nicht vorgesehen.</p>
<p><b>Zahn, keine (zeitlich unbefristete) Höchsterstattung</b></p> <p>✓ TOP: Ja. Im Zahnbereich sind über die gesamte Laufzeit des Vertrages keine Höchstleistungsbeträge vorgesehen.</p>	<p>✓ Ja. Im Zahnbereich sind über die gesamte Laufzeit des Vertrages keine Höchstleistungsbeträge vorgesehen.</p>
<p><b>Zahn, Verzicht Heil- und Kostenplan</b></p> <p>✓ TOP: Ja. Die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird aber bei Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie ab 2.500 EUR Rechnungsbetrag empfohlen.</p>	<p>✓ Ja. Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- u. Kostenplan vorzulegen, es werden jedoch keine Kürzungen bei Nichtvorlage vorgenommen.</p>
<p><b>Zahn, Leistung über Höchstsätze</b></p> <p>– TOP: Nein. Erstattungsfähig sind Gebühren im zahnärztlichen Bereich bis zu den Regelhöchstbeträgen der Gebührenordnungen (2,3-fach für persönliche und 1,8-facher bzw. 1,10-facher Satz für med.-technische Leistungen).</p>	<p>Die Regulierung durch die GKV erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip. Der Umfang der Leistungen ist im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt. Bei allen Versicherten kann die Kasse ab 01.01.04 für Leistungen von Kassenärzten eine Kostenersatzung gewähren. Dabei werden rund 60 % der Privatrechnung erstattet (entspricht ca. dem 1,7-fachen GOÄ-Satz).</p>
<p><b>Zahn, Besonderheiten</b></p> <p>TOP: Ja. Inlays und Kronen werden als Zahnersatz reguliert.  Leistungsleistungen, die nicht AVB-Bestandteil sind (Versicherer-Information):  TOP: Professionelle Zahnreinigung (GOZ-Ziffer 100 bis 102 oder 405) ist bis 75 EUR einmal p.a. erstattungsfähig.</p>	<p>Ja. Erstattungsfähiger Zahnersatz sind Kunststoff- oder Metallkeramik-Verbindungen und in bestimmten Fällen (z.B. Tumor-OP oder Unfälle) auch die Eingliederung von Implantaten als vertragszahnärztliche Sachleistung. Funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen (Gnathologie) sind nicht erstattungsfähig.</p>
<p><b>Allg., Anrechnung/Verzicht allgemeine Wartezeit</b></p> <p>✓ Ja. Die allgemeine Wartezeit kann für Personen, die keine anrechenbare Krankenversicherung nachweisen, gegen Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses erlassen werden.</p>	<p>✓ Ja. Die allgemeinen Wartezeiten erfüllen.</p>

**Allg., Anrechnung/Verzicht besondere Wartezeit**

✓ Ja. Generell erfolgt eine Anrechnung der Vorversicherungszeiten. Die besondere Wartezeit kann für Personen, die keine anrechenbaren Vorversicherungszeiten nachweisen, gegen Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses erlassen werden.

✓ Ja. Die besonderen Wartezeiten entfallen.

**Allg., Erweiterte Weltgeltung**

- TOP: Nein. Es besteht für 1 Monat weltweit Versicherungsschutz, ohne daß es einer besonderen Vereinbarung bedarf. Bei notwendiger Ausdehnung der Heilbehandlung im Ausland wird Versicherungsschutz für weitere 2 Monate gewährt.

- Nein. Während vorübergehender Auslandsaufenthalte besteht in Ländern, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen wurde, Versicherungsschutz. Der Umfang der Ansprüche richtet sich nach den Rechtsvorschriften der einzelnen Länder; für die Dauer des Leistungsanspruchs und die Gewährung von Geldleistungen ist jeweils die Satzung der GKV maßgebend. Die Kassen empfehlen den Abschluß privater Auslandsreisezusatzversicherungen.

**Allg., Mindestvertragsdauer**

Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.

Die GKV sieht keine Mindestvertragsdauer vor, dennoch ist der Versicherungspflichtige nach § 175 (4) SGB V an die Wahl der Krankenkasse mind. 18 Monate gebunden, es gibt jedoch ein Sonderkündigungsrecht bei Erhöhungen des Beitragsatzes. Eine Kündigung ist zum Ende des übernächsten Monats möglich. Pflichtversicherte müssen in einer GKV versichert bleiben, können jedoch kündigen (s.o.) und in eine andere GKV wechseln.

**Allg., Option auf Höherversicherung**

✓ TOP: Ja. Optionsrecht auf Höherversicherung ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten bei Antragstellung vor dem Ende des 3. zum Beginn des 4. Versicherungsjahres; Option gilt nur bei erstmaliger Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.

- Nein. Keine Option auf Höherversicherung.

**Allg., Gemischte Krankenanstalten ohne schriftl. Zusage**

✓ Ja. Der Versicherer leistet auch für Behandlungen in gemischten Krankenanstalten, wenn es sich um eine Notfallweisung oder um das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des VN handelt.

✓ Ja. Erstattungsfähig sind auch Behandlungen in gemischten Anstalten ohne vorherige Zusage des Versicherers.

**Allg., Kinder-Alleinversicherung mit Voraussetzungen**

✓ Ja. Kinder sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung alleine versicherbar.

✓ Ja. Kinder sind im Normalfall über die Eltern beitragsfrei mitversichert. Sie können aber auch eine eigene Mitgliedschaft in der GKV haben. Für die Beitragsberechnung bei Kindern, die eine eigene Mitgliedschaft in der GKV haben, gilt: Für die Höhe des Beitrages sind alle Einnahmen des Kindes zu berücksichtigen, mindestens muß aber ein Drittel der monatlichen Bezugsgröße herangezogen werden. Ohne Einnahmen gilt der Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte.

**Allg., Beitragsfreiheit bei Elternzeit oder Geburtspauschale**

- Nein. Der Versicherer gewährt keine Beitragsfreiheit bei Anspruch auf Elternzeit/Elterngeld oder eine Summenpauschale bei Geburt eines Kindes.

✓ Ja. Während der Elternzeit besteht grundsätzlich Beitragsfreiheit in der GKV. Arbeitnehmer haben einen Anspruch auf drei Jahre Elternzeit. Grundsätzlich kann die Elternzeit bis zum 3. Lebensjahr des Kindes in Anspruch genommen werden, ein Anteil von bis zu 12 Monaten ist mit Zustimmung des Arbeitgebers auf die Zeit bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres übertragbar.

Hinweis: freiwillig versicherte Frauen sind während der Elternzeit nicht beitragsfrei versichert!

**Allg., Beitragsentlastung im Alter**

✓ Ja. Zusätzlich ist ein Vorsorgetarif zur Beitragsentlastung im Alter versicherbar.

Die Beiträge werden bis zur Jahresbehrerentgeltgrenze prozentual vom Einkommen berechnet und enthalten keinen Sparanteil. Das mit dem Alter verbundene Krankheitsrisiko, d.h. die Kosten einer vermehrten Inanspruchnahme von Leistungen, wird durch das Umlageverfahren auf die gesamte Versicherungsgemeinschaft verteilt. Für die demographische Entwicklung (Überalterung) wird keine Rückstellung gebildet.

**Allg., Beitragsrückerstattung**

TOP: Nach einem leistungsfreien (außer Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen u. Zahnprophylaxe) Jahr (2013) im Kompakttarif werden 1 Monatsbeitrag (MB), nach 2 Jahren 1,5 MB und nach 3 Jahren 2 MB als Beitragsrückerstattung aus dem Kompakttarif gezahlt. Anliegende BRE für das Teil-Beginnjahr.

Eine Beitragsrückerstattung wird grundsätzlich nicht gezahlt. Ab 01.04.04 können jedoch grundsätzlich alle Versicherten einen sog. Wahltarif mit Beitragsrückerstattung bei ihrer Kasse wählen, wenn dieser angeboten wird.

**Allg., Garantierte Beitragsrückerstattung**

- TOP: Nein. Der Tarif sieht keine garantierte Beitragsrückerstattung vor.

Eine Beitragsrückerstattung wird grundsätzlich nicht gezahlt. Ab 01.04.04 können jedoch grundsätzlich alle Versicherten einen sog. Wahltarif mit Beitragsrückerstattung bei ihrer Kasse wählen, wenn dieser angeboten wird.

**Allg., Besonderheiten**

Ja. Der Versicherer erstattet 100% der Kosten für reproduktionsmedizinische Verfahren (z.B. Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion). Die Erstattung ist auf max. 4 Versuche begrenzt und bedarf der schriftlichen Zusage des VR nach Vorlage eines Heil- und Kostenplans.

Ja. Ab 01.04.07 können alle Mitglieder sog. Wahltarife mit der Kasse vereinbaren, wenn die Kasse entsprechende Tarife anbietet. Diese Tarife können Selbstbehalt, Beitragsrückerstattungen und besondere Behandlungen vorsehen.

**Zwischen-Ergebnis:**

Wie man an den einzelnen Leistungsbereichen ersehen kann, sind die Kinder in einigen Teilbereichen schlechter versichert als in der GKV. Besonders brisant und teuer kann das in den Teilbereichen Hilfsmittel, Psychotherapie und Kieferorthopädie auswirken. Als Leistungsplus der NÜRNBERGER gilt die Heilpraktiker-Leistung. Als Ausgleich dafür kann eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen werden. Die NÜRNBERGER bietet eine solche vergleichbare Zusatzversicherung nicht an. Doch kann zum Ausgleich der fehlenden Heilpraktiker-Leistungen in der GKV der Abschluss einer PKV-Zusatzversicherung bei der Gothaer oder bei der Barmenia angeboten werden.

## PKV Zusatz: Detaildarstellung - Tarifbeschreibung

Gothaer Zusatz MediAmbulant	Barmenia Zusatz AN+
MediAmbulant	AN+
<b>Ergänzungstarif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>kein Zahnersatz</li> <li>80% Heilpraktiker</li> <li>80% alternative Behandlungsmethoden</li> <li>Sehhilfen</li> <li>gesetzl. Zuzahlung Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel</li> </ul>	<b>Ergänzungstarif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>kein Zahnersatz</li> <li>80% Heilpraktiker</li> <li>80% alternative Behandlungsmethoden</li> <li>Sehhilfen</li> <li>Auslandsreiseschutz</li> </ul>
<b>Sonstige Leistungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>garantierte Beitragsrückerstattung</li> </ul>	

### Legende

✓ voll erfüllt    ✗ nicht erfüllt    ○ mindestens eingeschränkt erfüllt

Gothaer Zusatz	Barmenia Zusatz
<b>Amb., Leistungen für Hilfsmittel</b>	
✓ MediAmbulant: Ja. Die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für Hilfsmittel ist zu 100% erstattungsfähig.	✗ AN+: Nein. Leistungen für Hilfsmittel sind nicht versichert.
<b>Amb., Leistungen für Sehhilfen</b>	
✓ MediAmbulant: Ja. Sehhilfen sind zu 100% bis max. 120 EUR p.a. erstattungsfähig.	✓ AN+: Ja. Sehhilfen sind innerhalb von zwei KJ zu 100% bis max. 300 EUR erstattungsfähig.
<b>Amb., Leistungen für Heilmittel</b>	
✓ MediAmbulant: Ja. Die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für Heilmittel ist zu 100% erstattungsfähig.	✗ AN+: Nein. Leistungen für Heilmittel sind nicht versichert.
<b>Amb., Leistungen für ambulante Psychotherapie</b>	
✗ MediAmbulant: Nein. Leistungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen sind nicht versichert.	✗ AN+: Nein. Leistungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen sind nicht versichert.
<b>Amb., Leistungen für ambulante Kuren</b>	
✗ MediAmbulant: Nein. Leistungen für ambulante Kuren sind nicht versichert.	✗ AN+: Nein. Leistungen für ambulante Kuren sind nicht versichert.
<b>Amb., Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen</b>	
✗ MediAmbulant: Nein. Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind nicht versichert.	✗ AN+: Nein. Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind nicht versichert.
<b>Amb., Leistungen für Heilpraktiker</b>	
✓ MediAmbulant: Ja. Die Kosten für Behandlungen durch Heilpraktiker, sowie verschriebene Arzneimittel sind zu 80% des RB bis max. 1.000 EUR pro KJ erstattungsfähig.	✓ AN+: Ja. Die Kosten für Behandlungen durch Heilpraktiker, sowie verschriebene Arznei-, Heil- und Verbandmittel sind zu 80% des RB bis max. 1.000 EUR pro KJ erstattungsfähig.
<b>Amb., Leistungen für alternative Behandlungsmethoden</b>	
✓ MediAmbulant: Ja. Heilpraktiker-Behandlungen sowie Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Heilpraktikerzweckrecht einschließlich verschriebener Arzneimittel sind im Rahmen des Gebührenverzeichnis zu 80% des RB bis max. 1.000 EUR je KJ erstattungsfähig.	✓ AN+: Ja. Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker nach dem Heilpraktikerzweckrecht sowie verschriebene Arznei-, Heil- und Verbandmittel sind zu 80% des RB bis max. 1.000 EUR erstattungsfähig.
<b>Amb., Leistungen für ambulante Operationen</b>	
✗ MediAmbulant: Nein. Leistungen für ambulante Operationen sind nicht versichert.	✗ AN+: Nein. Leistungen für ambulante Operationen sind nicht versichert.
<b>Amb., Leistung über Regelhöchstsätze GOÄ</b>	
✓ MediAmbulant: Ja. Ärztliche Leistungen sind auch über den Regelhöchstätzen der Gebührenordnungen erstattungsfähig.	✓ AN+: Ja. Ärztliche Leistungen sind auch über den Regelhöchstätzen der Gebührenordnungen erstattungsfähig.
<b>Amb., Leistung über Höchstätze GOÄ</b>	
✗ MediAmbulant: Nein. Die Erstattung ist auf die Höchstätze der Gebührenordnungen beschränkt.	✗ AN+: Nein. Die Erstattung ist auf die Höchstätze der Gebührenordnungen beschränkt.
<b>Allg., Verzicht ordentliches Kündigungsrecht (ZR01)</b>	
✓ MediAmbulant: Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende ordentliche Kündigungsrecht.	✓ AN+: Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende ordentliche Kündigungsrecht.
<b>Allg., Option auf Höherversicherung</b>	
✗ MediAmbulant: Nein. Der Tarif enthält keine Option auf eine Höherversicherung.	✗ AN+: Nein. Der Tarif enthält keine Option auf eine Höherversicherung.
<b>Allg., Auslandsreiseschutz</b>	
✗ MediAmbulant: Nein. Der Tarif beinhaltet keine Auslandsreisekrankenversicherung.	✓ AN+: Ja. Die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen sowie schmerzstillende Zahnbehandlungen sind bei Auslandsreisen während der ersten 8 Wochen zu 100% erstattungsfähig. Mitversichert ist auch der Krankentransport in das nächstliegende geeignete Krankenhaus.
<b>Allg., Ausländerücktransport</b>	
✗ MediAmbulant: Nein. Der Auslands-Rücktransport ist nicht versichert.	✓ AN+: Ja. Der med. notwendige Krankenrücktransport aus dem Ausland sowie die Überführung in die Heimat oder im Todesfall die Bestattung am Sterbeort sind erstattungsfähig.
<b>Allg., Kinder-Alleinversicherung</b>	
✓ MediAmbulant: Ja. Kinder sind in der Krankheitskosten-Teilversicherung alleine versicherbar, vorausgesetzt ein Elternteil ist Versicherungsnehmer.	✓ AN+: Ja. Kinder sind in der Krankheitskosten-Teilversicherung alleine versicherbar, wenn mit einer langen Versicherungsdauer zu rechnen ist.

**Allg. Leistungserweiterungen**

✓ <b>MediAmbulant:</b> Ja. Entfallungsfähig sind die gesetzliche Zuschläge für Arznei- und Verbandmittel sowie Transporte zur ambulanten Behandlung nach GKV-Genehmigung.	- <b>AN+:</b> Nein. Es sind keine weiteren Leistungen versichert.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------