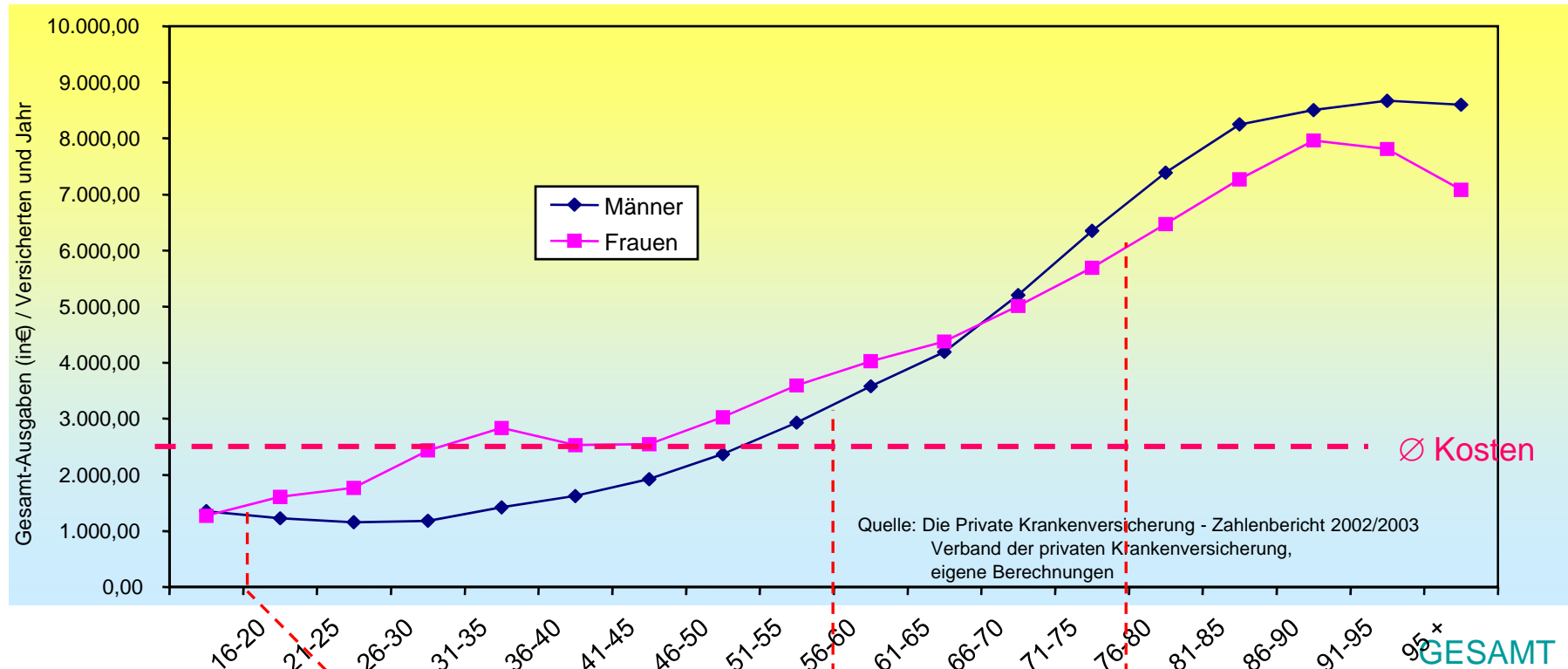


GKV, PKV oder besser ????



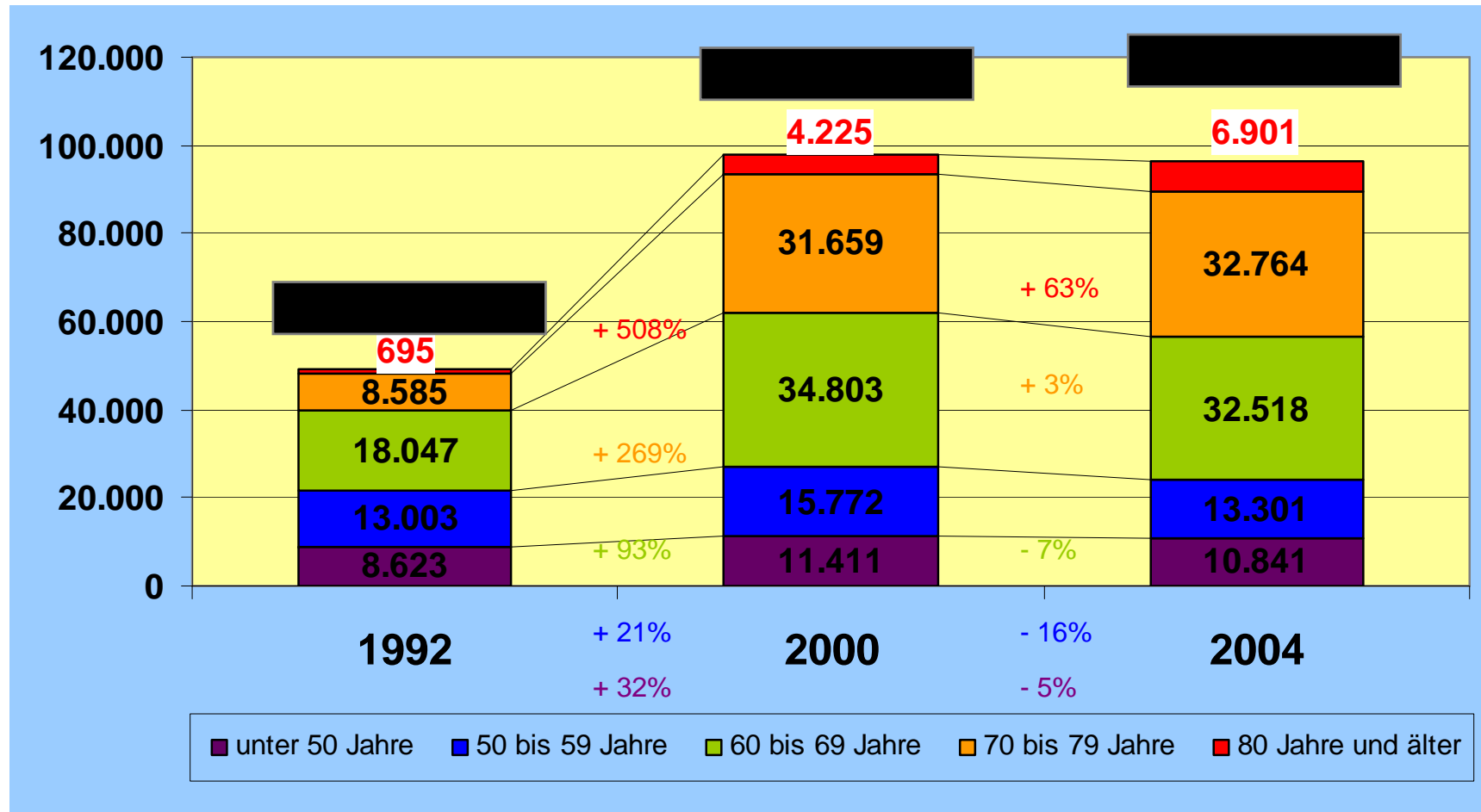
Demographie und Gesundheitsausgaben bis 2050



		16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	95*	GESAMT
2005	Bevölkerung (Mio.)	16,49 (20,0%)				45,41 (55,1%)					16,78 (20,4%)				3,76 (4,5%)				82,44
2020	Bevölkerung (Mio.)	13,50 (16,9%)				42,08 (52,6%)					18,56 (23,2%)				5,92 (7,4%)				80,06
2050	Bevölkerung (Mio.)	10,36 (15,1%)				30,59 (44,5%)					17,75 (25,8%)				10,04 (14,6%)				68,74

Quelle: Statistisches Bundesamt '06 – 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Variante 1-W1

Herzoperationen in Deutschland nach Altersgruppen 1992/2000/2004



Gesundheitsfonds soll Mehrkosten verursachen **Höhere Kassenbeiträge in Sicht**

Millionen von gesetzlich Krankenversicherten müssen sich für das Jahr 2009 auf deutlich höhere Kassenbeiträge einstellen. Gesundheitsexperten und Vorstände von mehreren Krankenkassen gehen davon aus, dass der Beitragssatz mit der Einführung des Gesundheitsfonds auf bis zu 15,5 Prozent steigen wird. "Ich halte einen bundesweit einheitlichen Beitragssatz von 15,5 Prozent für das Jahr 2009 für durchaus plausibel", sagte der Vorstandsvorsitzende der Barmer Johannes Vöcking der "Süddeutschen Zeitung". Allein aus der Reform der ärztlichen Honorare werde sich eine Mehrbelastung von 0,25 Beitragspunkten ergeben. "Wir gehen davon aus, dass 2009 eine 15 vor dem Komma stehen wird", sagte auch der Chef der Techniker Krankenkasse, Norbert Klusen.



Gesetzlich Versicherte müssen bald vielleicht deutlich mehr für ihre Kassenbeiträge aufwenden.

Kommt der Fonds?

DERKVPROFI

Dossier Gesundheitsfonds kommt um jeden Preis

von Nicolas Schöneich (Berlin)

Die Bundesregierung hält trotz des Rücktritts mehrerer wissenschaftlicher Berater am Zeitplan für den Gesundheitsfonds fest. Der widerspenstige Beirat wird nicht neu gebildet.

KRANKEN-KASSEN

Neuer Beitrags-Schock für Millionen

Mit dem Gesundheitsfonds müssen viele im kommenden Jahr mehr bezahlen

Berlin - Jetzt kommt der nächste Hammer bei den Preissteigerungen! Auch die Krankenkassenbeiträge werden kräftig steigen.

Weil es ab 2009 einen "Gesundheitsfonds" geben soll, müssen alle 236 Kassen dann den selben Beitragssatz erheben. Das Münchner "Institut für Gesundheitsökonomik" (IfG) hatte schon im Januar 2008 errechnet, dass dieser Satz bei 15,5 Prozent liegen wird. Die AOK hat diesen Beitragssatz jetzt sogar auf 15,6 Prozent hoch gerechnet. Da viele Kassen Beitragssätze haben, die darunter liegen, bedeutet das für die Versicherten mehr Beitrag. Einige Kassen senken aber auch ihre Sätze. Das bedeutet weniger Beitrag. In der IfG-Tabelle ist dies mit einem Minus (aufs Jahr berechnet) erkennbar. Das Gesundheitsministerium hat sich noch nicht genau festgelegt. Die Beiträge der Kassen können sich bis zum Jahresende auch noch verändern.

Krankenkasse	Mitgliederzahl	Aktueller Beitragssatz	Jahres-einkommen 20.000€	Jahres-einkommen 43.000€
AOK Berlin	550.567	16,7	-120,00	-259,20
AOK Brandenburg	529.133	15,9	-30,00	-64,90
Hamburg-Münchener	223.090	15,6	-10,00	-21,60
Krankenkasse (DAK)	4.693.703	15,4	10,00	21,60
Bayerische Ersatzkasse	5.239.262	15,3	20,00	43,20
Kaufm. KKK (KKK)	1.367.277	14,8	70,00	151,20
Techniker Krank. (TK)	4.192.140	14,4	110,00	237,60
BKK Brandbg./Berlin	100.431	14,3	120,00	259,20
Bertelsmann BKK	29.997	13,8	170,00	367,20
DaimlerChrysler BKK	156.907	12,7	190,00	398,80
Östär. Krankenk. (ÖKK)	343.691	12,4	210,00	453,60
Siemens BKK	463.385	15,0	50,00	108,00
Bahn BKK	473.959	13,5	180,00	345,00

Die voraussichtliche Entwicklung der jährlichen Krankenkassen-Beiträge 2009 (15,5 % Beitragssatz). QUELLE: Tabelle des 'Institutes für Gesundheitsökonomik' (IfG). Die Berechnung erfolgte nach den Beitragssätzen vom Januar 2008.

Was wird gesagt?

DERKVPROFI

Krankenkasse	Mitgliederzahl	Aktueller Beitragsatz	Jahreseinkommen 20 000 €	Jahreseinkommen 43 000 €
AOK Berlin	550 567	16,7	-120,00	-259,20
AOK Brandenbg.	529 133	15,8	-30,00	-64,80
Hamburg Münchener	223 690	15,6	-10,00	-21,60
Krankenkasse (DAK)	4 653 703	15,4	10,00	21,60
Barmer Ersatzkasse	5 239 752	15,3	20,00	43,20
Kaufm. Krkk. (KKH)	1 367 277	14,8	70,00	151,20
Techniker Krkk. (TK)	4 182 140	14,4	110,00	237,60
IKK Brandbg./Berlin	160 431	14,3	120,00	259,20
Bertelsmann BKK	29 887	13,8	170,00	367,20
DaimlerChrysler BKK	156 807	13,7	180,00	388,80
Direktkranken. (BIH)	243 681	13,4	210,00	453,60
Siemens BKK	463 385	15,0	50,00	108,00
Bahn BKK	473 659	13,9	160,00	345,60

GESUNDHEIT

Vollkasko zum Nulltarif

Der Krankenversicherung droht ein neues Millionenloch. Seit der jüngsten Gesundheitsreform zahlen viele Versicherte keine Beiträge mehr. Die Kassen sind machtlos.

Wenn Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, 58, den Vorwurf entkräften will, sie habe in den vergangenen Jahren allenfalls bescheidene politische Erfolge erzielt, kommt sie gern auf Paragraf 5, Absatz 1, Nummer 13 des Fünften Sozialgesetzbuchs zu sprechen - "eine richtig tolle Sache", wie die Ministerin findet. Das Gesetz schreibt vor, dass alle Bürger im Krankheitsfall Versicherungsschutz genießen; es trat am 1. April vergangenen Jahres in Kraft. "Ganz Deutschland wird krankenversichert", lautet das Motto einer Werbekampagne der Regierung.

Tatsächlich haben seither etwa 100 000 Menschen von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, in die Krankenversicherung zurückzukehren. Viele von ihnen waren einst rausgeflogen, weil sie die Beiträge nicht bezahlt hatten. Oft handelte es sich um Selbständige, die in Geldnot geraten oder schlicht zu geizig waren.

Doch während die Ministerin von einem "schönen Erfolg" spricht, kann sich die Solidargemeinschaft nicht so recht freuen. Mit Entsetzen registrieren die Krankenkassen, dass die neuen Mitglieder zwar sehr hohe Behandlungs- und Verwaltungsausgaben verursachen, dabei aber nur wenig zu den Einnahmen beitragen.

Nichtzahler



Seit der Gesundheitsreform jedoch ist alles anders, wie aus einem Brief hervorgeht, den die Fraktionsvorsitzenden Volker Kauder, 58, (CDU/CSU) und Peter Struck, 65, (SPD) vor einigen Tagen von der BKK Gesundheit erhielten. Es handelt sich um eine kleine, aber repräsentative Krankenkasse mit 400 000 Versicherten.

Von insgesamt 1119 Rückkehrern in die BKK Gesundheit waren zum Stichtag 1. Februar demnach 831 nicht bereit oder in der Lage, den Mindestbeitrag von etwa 150 Euro im Monat zu bezahlen - eine Ausfallquote von fast 75 Prozent. Die Rückstände summierten sich auf fast eine Million Euro.

"Eine Motivation zur Beitragszahlung ist nicht erkennbar", schreibt BKK-Chef Thomas Bodmer an die Fraktionsvorsitzenden, mit Rauswurf drohen könne er ja nicht mehr. Obwohl er vier neue Leute eingestellt habe, die sich säumige Mitglieder vorknöpfen, werde das Loch in seinem Haushalt von Monat zu Monat größer.

Andere Kassenchefs sind ähnlich verzweifelt. Die Techniker Krankenkasse und die AOK in Sachsen beziffern den Anteil der Nichtzahler unter den Rückkehrern auf über 50 Prozent. Es gehe längst um einen Millionenbetrag. Bei der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) liegt die Quote der Beitragsmuffel bei 75 Prozent.

Was sagt Ulla?

DERKVPROFI

"Die Zeche übernehmen die ehrlichen Beitragszahler", sagt KKH-Chef Ingo Kailuweit, und zwar doppelt. Einmal müssen sie für die Behandlungskosten der Nichtzahler aufkommen. Zudem finanzieren sie zusätzliche Kassenbürokratie.

Das weiß im Übrigen auch die Gesundheitsministerin. "Ich bin mir der Schwierigkeiten bewusst", schrieb Ulla Schmidt an den Bundesverband der Betriebskrankenkassen, doch es handle sich um ein Prestigeprojekt. Die Einbeziehung von Nichtversicherten sei nun einmal "eines der herausragenden Ziele der Gesundheitsreform" gewesen. ALEXANDER NEUBACHER

Zuzahlungen



Schritt 2:

ALG II-/Sozialgeldempfänger:

nein

Verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft?

Anzahl der Kinder

Liegt bei Ihnen eine chronische Erkrankung vor?

jährliche Bruttoeinnahmen aller Familienangehörigen

berechnen

Abzugsbeträge:

0,00 €

Maßgebliche Bruttoeinnahmen zur Ermittlung der Belastungsgrenze:

60.000,00 €

Meine jährliche Belastungsgrenze (2%) beträgt:

1.200,00 €

zurück zum ersten Schritt

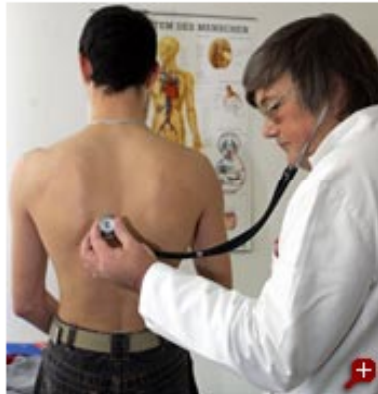
<http://www.ip-bkk.de/kunden/1318/2/>

[Aktuell](#) > [Wirtschaft](#) > **Wirtschaftspolitik**

[Hausärztliche Versorgung](#)

Das Monopol der Ärzte soll geknackt werden

Von *Andreas Mihm*



Angriff auf die bestehenden Strukturen

10. Dezember 2007 Erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik hat eine Krankenkasse die gesamte hausärztliche Versorgung für mehrere Millionen Versicherte bundesweit ausgeschrieben. Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg schickt sich damit an, das seit 75 Jahren geltende Versorgungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) aufzubrechen. Der Deutsche Hausärzteverband kündigte gegenüber dieser Zeitung an, man wolle sich an der Ausschreibung beteiligen. Dagegen nannte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Andreas Köhler das Vorgehen der AOK einen „Angriff“ auf die bestehenden Strukturen.

Damit werde „die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung massiv gefährdet“

Schlecht bezahlt!

DERKVPROFI

Bisher bekamen wir niedergelassenen Hausärzte in Brandenburg etwa **13,00€ pro Monat pro Kassenpatient** ausgezahlt. Egal ob es sich bei der Behandlung um einen banalen Schnupfen handelte oder um einen krebskranken Patienten mit vielen Hausbesuchen. Ab dem 850. Patienten gibt es nur noch 10% des Betrages von 13,00€!

Zum Vergleich die Bezahlung für einen Hund beim Tierarzt (gemäß Gebührenordnung für Tierärzte):

- Allgemeine Untersuchung mit Beratung 24,70€
- jede weitere Untersuchung bei gleicher Erkrankung 19,99€
- Hausbesuch aus der Praxis heraus 47,04€

Mögliche Schlußfolgerung: Sie sind Ihrer Krankenkasse weniger wert als ein Hund.

Im Rahmen der neuen Honorarreform für Ärzte, die ab dem 1. Januar 2008 gültig wird, bekommen wir niedergelassenen Hausärzte nur noch zwei Konsultationen pro Patient im Quartal bezahlt.

**Jeder weitere Arztkontakt wird nicht mehr bezahlt!
Die Flatrate Ihrer Krankenkasse erlaubt keine wunschgemäße, individuelle
und alles umfassende Patientenbetreuung!**

Studie beweist:

DERKVPROFI

Kassen-Patienten warten 3-mal so lange

Kassenpatienten müssen beim Arzt länger warten als Privatpatienten. Eine Studie der Uni Köln bewies: Gesetzlich Versicherte warten dreimal länger auf Facharzttermine als Privatpatienten, berichtet der „Kölner Stadt-Anzeiger“.

MEHR
POLITIK

In 189 Arztpraxen fragten die Wissenschaftler um Studienleiter Dr. Markus Lungen (42) nach Terminen. Am Telefon gaben sie sich dabei mal als Privat-, mal als Kassenpatienten aus.

Ergebnis: Auf eine Magenspiegelung sollten die angeblichen Privatpatienten im Durchschnitt nur 11,9 Tage warten, die Kassenpatienten 36,7 Tage. Für einen Hörtest wurden die Privatpatienten 2,2 Tage nach dem Anruf in die Praxis gebeten, die Kassenpatienten nach 6,8 Tagen.

Versicherungen > Krankenversicherung

04.10.07, 15:21 | ★★☆☆☆ | 6 Kommentare

Artikel merken ↗

Arzneimittel

Krankenkassen nutzen Rabatte zu wenig

Die Krankenkassen könnten beim Medikamentenkauf noch viel mehr sparen, wenn sie alle Rabatte konsequent nutzen würden. Positivbeispiel ist die AOK.

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen kann für das kommende Jahr laut „Stern“ damit rechnen, durch Direktverträge mit den Pharmaunternehmen 500 Millionen Euro einzusparen. Gmünder Ersatzkasse (GEK), Barmer oder Techniker Krankenkasse geben sich dem Bericht zufolge mit weit weniger zufrieden. Die 500 Millionen Euro bei der AOK entsprächen 18 Prozent des betroffenen Umsatzes mit Nachahmer-Medikamenten (Generika). Die GEK rechnet nur mit sieben Prozent Einsparungen gemessen an ihrem Generika-Umsatz, die Barmer mit fünf Prozent, die Techniker Krankenkasse ebenfalls mit fünf Prozent, die IKK mit vier Prozent und die KKH mit drei Prozent.



Bei Arzneimitteln lässt sich noch viel sparen

Geräte abschalten und alleine lassen!

DERKVPROFI

Reportage/
Dokumentation

Mittwoch, 12. Juli 2006, 22.45 - 23.30 Uhr
im Ersten

Aktuelle Woche

Archiv

Highlights

Kontakt

Todkrank und abgeschrieben Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland

Ein Film von Jan Schmitt und Marcel Kolvenbach
Redaktion: Jürgen Thebrath

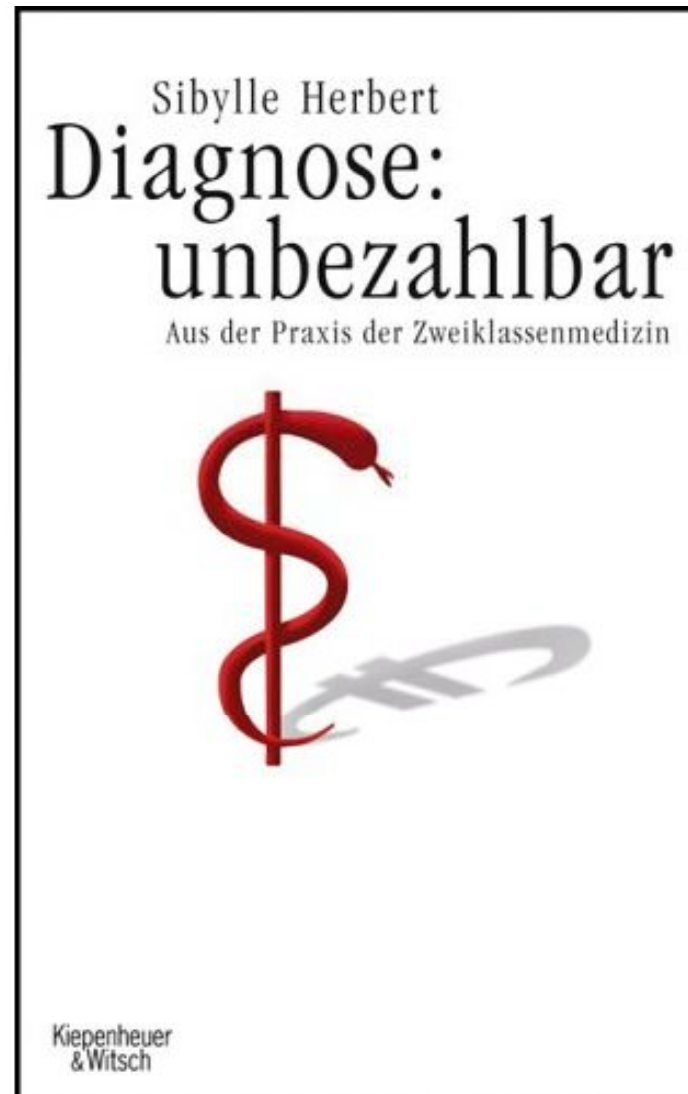
An lange Wartezeiten beim Arzt hat man sich inzwischen gewöhnt. Auch mit Zuzahlungen und Praxisgebühr können die meisten Kassenpatienten leben. Doch die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland reicht viel weiter.

Menschen, die schwer erkranken, stehen oft alleine in ihrem Kampf ums Überleben. Sie brauchen Kraft, um gegen die Krankheit zu kämpfen. Und zugleich müssen sie dafür kämpfen, dass die Kassen die Kosten für eine lebenserhaltende oder lebensverlängernde Therapie bei ihrem behandelnden Arzt übernehmen. Eine bittere Erkenntnis für Patienten, gerade wenn sie auf Sicherheit und Zuversicht angewiesen sind.

<http://www.wdr.de/tv/dokumentation/todkrankundabgeschrieben.html>

2-Klassen-Medizin jeden Tag!

DERKVPROFI



Versicherungen > Krankenversicherung

18.01.08, 07:49 | ★★☆☆☆ | 44 Kommentare

Artikel merken

Bilanz

Krankenkassen fehlen zehn Milliarden Euro

Die Verbindlichkeiten der Krankenkassen sind offenbar mehr als zehn Milliarden Euro höher als bislang bekannt. Schlechte Aussichten für den Gesundheitsfonds.

Der Grund: Die Kassen haben nach einem Bericht der „Bild“-Zeitung für die Pensionen ihrer Mitarbeiter in beamtenähnlichen Anstellungsverhältnissen keine Rücklagen gebildet. Allein der AOK fehlten 8,1 Milliarden Euro. Bund, Länder und Krankenkassen stritten sich nun, wie der geplante Gesundheitsfonds im kommenden Jahr mit ausgeglichenen Bilanzen gestartet werden könne.



Karten der gesetzlichen Krankenkasse

Niemand braucht eine PKV!

Was Menschen wollen ist die **freie Entscheidung**, welche Medikamente in ihren Körper kommen und welcher Arzt sie behandeln soll, wenn sie ein Gesundheitsproblem haben.

Menschen wollen **Mitbestimmung** bei der Behandlung!

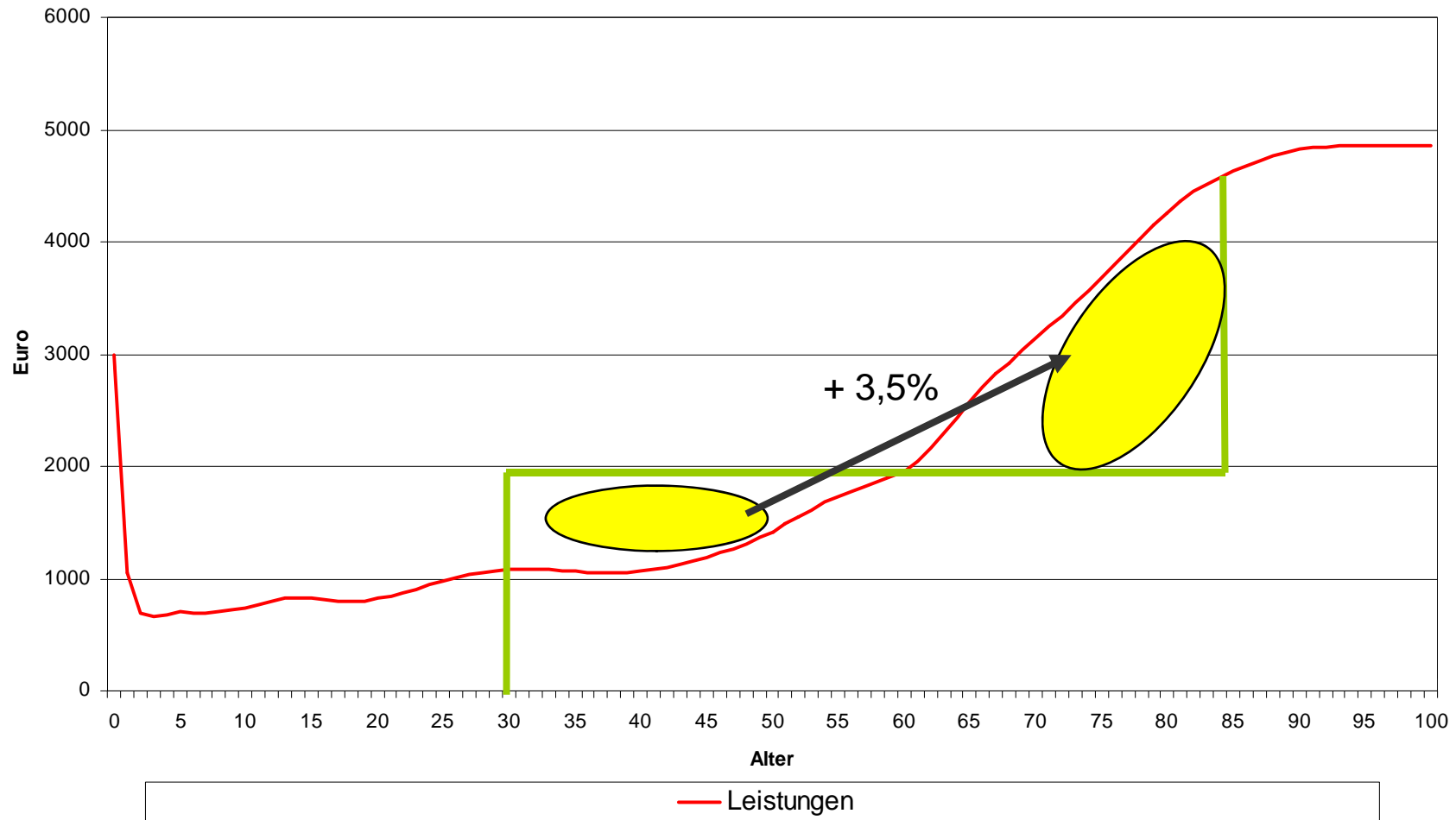


- 4.57 Millionen
 - davon 1,5 Mio. Frauen
 - davon 3,1 Mio. Männer
 - davon 1,5 Mio. Männer zwischen 30 und 45 Jahre
 - davon 60.000 Kinder und Jugendliche
- 3,6 Millionen Familienangehörige
 - Insgesamt davon 2,2 Mio. Kinder und Jugendliche
 - davon 2,3 Mio. Frauen
 - davon 0,4 zwischen 30 und 45 Jahre
 - davon 1,3 Mio. Männer

Quelle BMG 01.07.2007 KM6

Was kann eine PKV?

Kalkulation

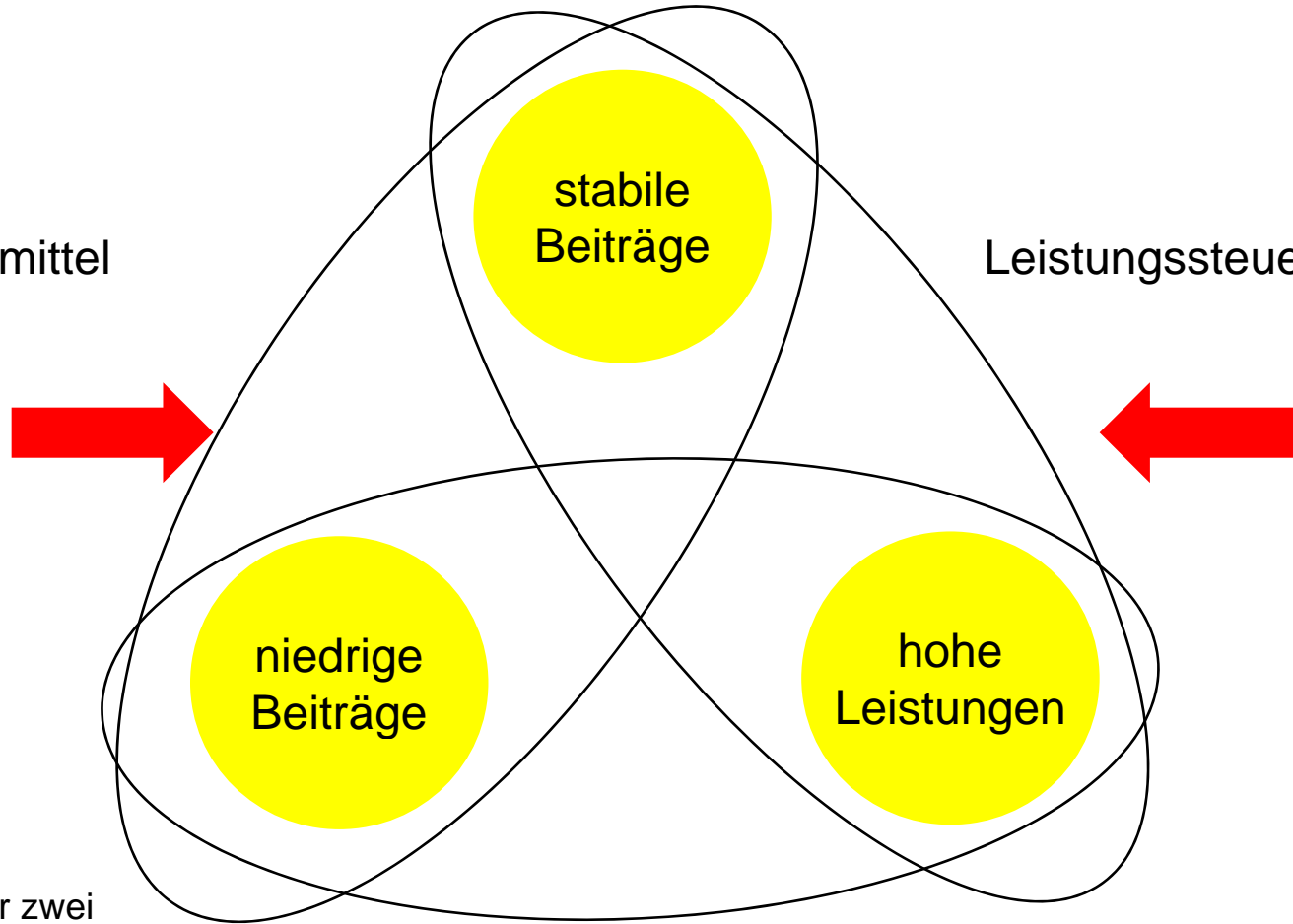


Ziele der Kunden

DERKVPROFI

Limitierungsmittel

Leistungssteuerung



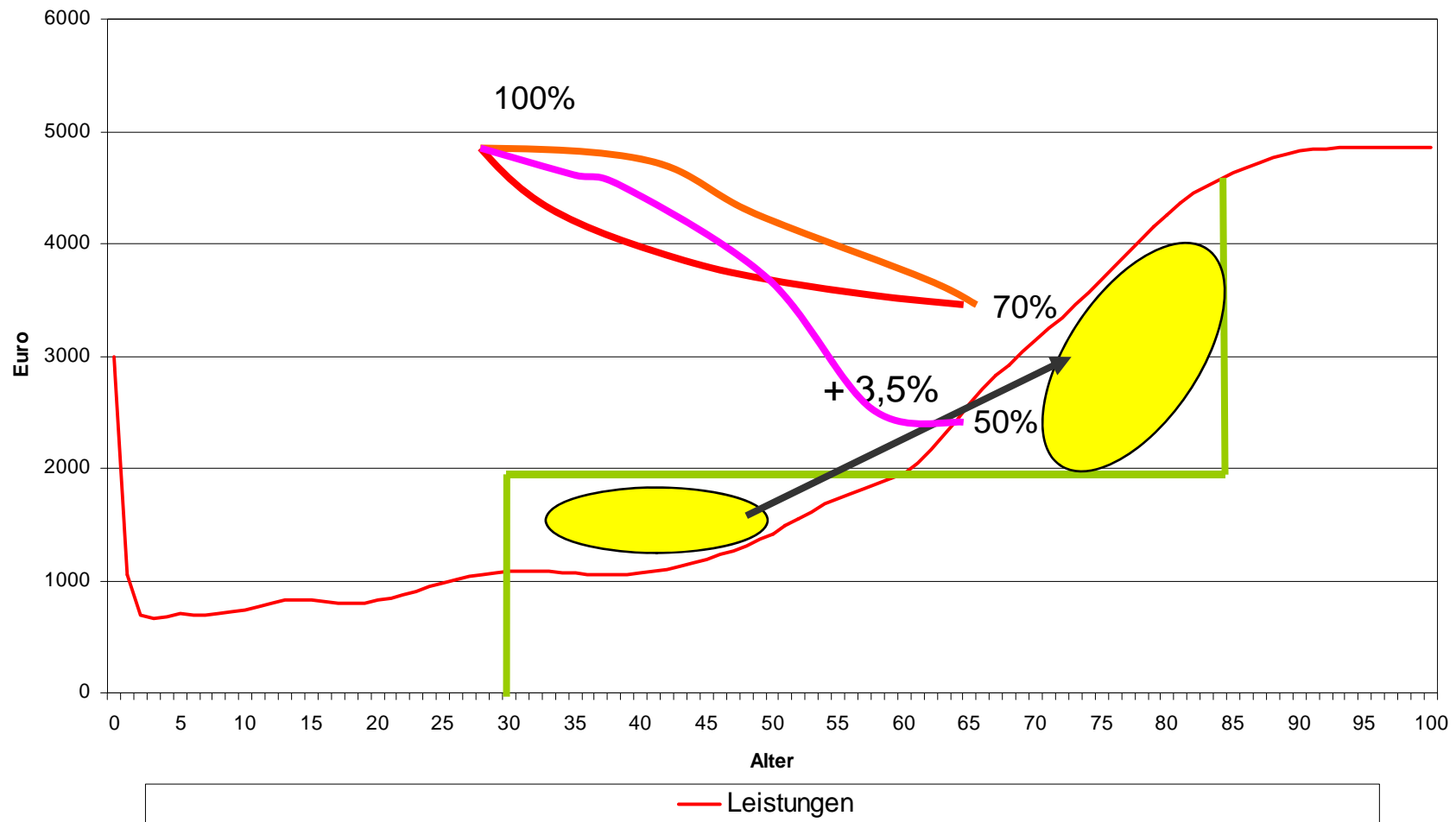
Jeder Tarif kann nur zwei Bedürfnisse befriedigen!

Ein optimales Preis-/Leistungsverhältnis
Kann dann erreicht werden, wenn ein hohes
Potential an Limitierungsmitteln und
Viele Steuerungselemente zur Verfügung stehen!

Soll ich warten, bis ich portieren kann?

Abgangsordnung

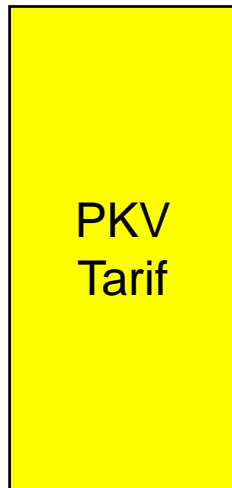
Anzahl der Kunden



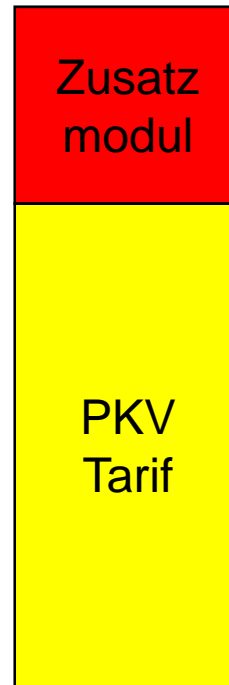
Neue Welt der PKV



Alte Welt



Neue Welt



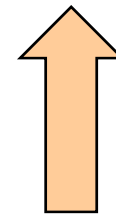
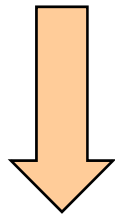
Neue Welt gilt für Abschlüsse ab dem 31.12.2008 unabhängig vom Beginn

Kunden der alten Welt können in die neue Welt wechseln

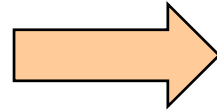
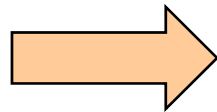
Verfahren

HUK
Module

XY
abc



Basis
HUK



XY
Basis

Weiterer Erfolg bei der Umsetzung der Gesundheitsreform

Einführung des Basistarifs gesichert

Durch die Gesundheitsreform wird ab 1. Januar 2009 der neue Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) eingeführt. Private Krankenversicherer sind dann gesetzlich verpflichtet, den neuen Basistarif anzubieten.

Versicherte, die ab dem 1. Januar 2009 eine private Krankenversicherung abschließen, erhalten dabei ein uneingeschränktes Wechselrecht in den Basistarif eines beliebigen privaten Versicherungsunternehmens.

Für Bestandskunden mit Verträgen, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden, werden die Voraussetzungen für den Wechsel in den Basistarif nun durch eine Kalkulationsverordnung des Bundesministeriums der Finanzen konkretisiert.

Hierbei wurde eine ausgewogene Lösung zwischen einer soliden Finanzierung der bestehenden Versicherungsverträge und einer Marktöffnung im Interesse der Versicherten erzielt.

Die Kalkulationsverordnung wird folgende Eckpunkte enthalten:

1. Nach einem Wechsel in den Basistarif eines Unternehmens beträgt die Mindestverweildauer 18 Monate.
2. Nach Ablauf der Mindestverweildauer besteht nicht nur die Möglichkeit in einen Volltarif des Krankenversicherungsunternehmens, sondern auch in den Basistarif eines anderen Unternehmens zu wechseln. Weitere Wechselmöglichkeiten unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen sind dann jedoch ausgeschlossen.

Im Ergebnis werden die Möglichkeiten privat Krankversicherter für einen Wechsel erweitert und der Wettbewerb zwischen Anbietern privater Krankenversicherungen intensiviert.

Durch die Regelungen für Bestandskunden ist die planmäßige Einführung des Basistarifs zum 1. Januar 2009 gesichert. Zwischen dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Gesundheit besteht dabei Einvernehmen über die vorgesehenen Änderungen.

Einigung Teil 3



Basistarif der privaten Krankenversicherung: Ab dem 1. Januar 2009 müssen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen Basistarif anbieten. Der Basistarif muss in seinem Leistungsumfang mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar sein.

Es dürfen keine Zuschläge wegen eines erhöhten gesundheitlichen Risikos erhoben werden. Die Beiträge sind auf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag (derzeit rund 500 Euro) begrenzt. Für finanziell hilfebedürftige Versicherte sind weitere Maßnahmen zur Verringerung des Beitrags vorgesehen.

Wer bereits privat krankenversichert ist, kann vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 in den Basistarif einer Versicherung seiner Wahl wechseln. Wer 55 Jahre alt ist oder älter oder eine Rente beziehungsweise eine Beamtenpension bezieht, kann jederzeit in den Basistarif seines Versicherungsunternehmens wechseln.

Gleiches gilt auch für Versicherte, die nachweislich die Versicherungsprämie nicht mehr aufbringen können. Wer ab dem 1. Januar 2009 einen privaten Krankenversicherungsvertrag neu abschließt, erhält ein uneingeschränktes Wechselrecht in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens.

CIP-Rating

- Tarife
 - Selbstbehalt bis maximal 300 Euro
 - oder
 - prozentualem Selbstbehalt bis maximal 600 Euro,
- 90% für Zahnbehandlung
- 70% für Zahnersatz
- 70% für Kieferorthopädie,
- 1-Bettzimmer, privatärztliche Behandlung.
- auch
 - Tarife mit Pauschalleistungen
 - Tarife mit Naturheilverfahren.

Niedriger Beitrag



- höchster
- niedrigster Beitrag
- EA 30
- EA 55
- Relation

Limitierungsmittel



- höchster Wert ist gleich 23
- niedrigster Wert ist gleich 1
- Relation

- 50%
 - mtl. Gegenwert der Alterungsrückstellung eines heutigen 30 jährigen Neukunden in 25 Jahren, wenn die Kalkulationseckpunkte unverändert sind!
- 50%
 - Barwert der Beiträge eines 55 jährigen Neukunden auf der Basis einer Lebenserwartung von 30 Jahren
- In Relation zu einem definierten Durchschnitt

Durchschnitte mtl. Gegenwert



- TOP-Schutz Angestellte: 400
- TOP-Schutz Selbstständige: 390
- Großschadentarife: 275
- Komfortschutz 1: 370
- Komfortschutz 2: 310
- Grundschutz: 330
- Einsteigertarife: 260
- Einsteiger hohe SB: 120

Barwerte



- TOP-Schutz Angestellt: 270.000
- TOP-Schutz Selbstständige: 264.000
- Großschadentarife: 155.000
- Komfortschutz 1: 255.000
- Komfortschutz 2: 190.000
- Grundschutz: 220.000
- Einsteigertarife: 175.000
- Einsteiger hohe SB: 150.000

- Selbstbehalte
 - Prozentuale
 - 1 Punkt
 - zusätzliche Selbstbehalte
 - 0,5 Punkte
 - Geltungsbereich Selbstbehalte
 - ambulant 0,5
 - ambulant und dental 1 Punkt
 - Zuzahlungen je Leistungsart ohne Maximierung
 - 3 Punkte

- **Arznei- und Verbandmittel – 3 Punkte**
 - sind Arzneimittel versichert
 - 2 Punkt
 - 1 Punkte wenn nur verschreibungspflichtige Arzneimittel
 - ist die künstliche Ernährung genannt
 - 0,5 Punkte
 - sind medikamentenähnliche Nahrungsmittel zur Vermeidung schwerer Erkrankungen genannt
 - 0,5 Punkte

10 Gesellschaften – 10 gute Gründe

„Erwartungen befriedigen“

- Finanzstärke durch Fusion
- Umwandlungen zugelassen
- moderne preisorientierte Produkte
- Schnelle Bearbeitung
- Leistungssteuerung zur Nachhaltigkeit
- Bausteine mit ambulanten und stationären Leistungen
- Krankengeld mit Bestnoten

- ein ruhiges großes Schiff in einem stürmischen Ozean
- offen lebenserhaltende Hilfsmittel
- eine Kalkulationsbasis für eine Vielzahl von Absicherungsoptionen (VC)
- das ruhigste Bild bei Kennzahlen

- Primärarztmodelle heilbar
- wichtige Hilfsmittel, die wenige nennen
- Bedingungsänderungen für den Bestand ausfinanziert
- hohes Wachstumspotential
- akut und unfall

- Sparkassenversicherung
- Keine Primärarztmodelle
- Berufsgruppensteuerung
- großer und alter Versicherer (BBKK)

- Ohne Worte
 - Krankengeld mit Bestnoten
 - Bedingungen mit Bestnoten
 - reichstes PKV-Kollektiv
 - hervorragende Bilanzwerte
- Hilfsmittelkatalog unterstützt Option
- höchsten Limitierungen für den Bestand

- eine große PKV kommt zurück
 - neue innovative Tarife
 - neue überdurchschnittliche Bedingungen
- Firmengruppe
- Gesundheitsservices
- zweithöchsten Limitierungen für Bestand

- optimales Preis-/Leistungsverhältnis
- hohes Bedingungs-niveau (außer Primo)
- umfassende Leistungsinhalte

- optimales Preis-/Leistungsverhältnis
- Prospekthaftung für lebenserhaltende Kontroll- und Behandlungsgeräte
- Bausteine zum optimieren (VKE/KKE/VKEH/KKEH) der Tarife
- hohes Wachstumspotential

- SafeLine
- in allen Leistungsarten abgesichert
- kapitalstark und unabhängig
- einer der Stars der nächsten 10 Jahre

- Tarifwechselrecht
- Optionsrechte bis 55 (Intro)
- umfassende Leistungsaussagen
- Ausschlüsse eindeutig geregelt
- Nachweisliche Beitragsstabilität für Bestandskunden