

Produkttempfehlung Private Krankenversicherung

für

Herrn Max Mustermann

Anschrift:	Unterkonnersreuth 29 95500 Unterkonnersreuth
Dokumenten-ID:	86272632301
Geburtsdatum:	01.01.1970
Versicherungsbeginn:	01.01.2021
Geschlecht:	männlich
Status:	beihilfeberechtigt

Ihre persönliche Ermittlung wurde am 27.10.2020 erstellt von

B K

anfrage@fair-ka.de
Tel.: 0721/35 83 69
Fax: 0721/35 83 76

Der Fairsicherungsladen GmbH
Karlstr. 68
76137 Karlsruhe

Hinweise zur Nutzung von Vergleichsrechnern: Die in den Vergleichsergebnissen wiedergegebenen Tarifinformationen werden sorgfältig zusammengestellt und regelmäßig aktualisiert. Dennoch kann nicht gewährleistet werden, dass die Informationen zu jedem Zeitpunkt aktuell, vollständig und richtig sind. Für den Umfang des Versicherungsschutzes und die Höhe der zu leistenden Versicherungsbeiträge sind allein die Versicherungsbedingungen der jeweiligen Versicherer verbindlich. Die Versicherungsvertreterin/ der Versicherungsvertreter hat die Übereinstimmung der Versicherungsbedingungen mit den Vergleichsergebnissen eigenverantwortlich zu prüfen. Es besteht kein Anspruch auf Aktualität, Vollständigkeit und Richtigkeit der im Programm hinterlegten Tarifinformationen und Vergleichsergebnisse. Ich habe die vorstehenden Bedingungen gelesen und bin mit deren Geltung einverstanden.

Das Dokument enthält die folgenden Seiten:

Berechnungsgrundlage	2
Ergebnis / Tarifliste	3
Kurzübersicht der empfohlenen Tarife	4
Produktempfehlung / Einzelübersicht der empfohlenen Tarife	6
Angebotsvergleich	10
Liste der Gesellschaften im Vergleich	15
Liste der Tarife im Vergleich	16
Vergleich Leistungstexte / Leistungs- und Vertragsmerkmale	21
Begriffserklärungen	39
Glossar	41

Herr Max Mustermann (Versicherungsnehmer)

Geburtsdatum:	01.01.1970
Versicherungsbeginn:	01.01.2021
Geschlecht:	männlich
Status:	beihilfeberechtigt

Die folgenden Einstellungen sind Grundlage der Berechnung:

Versicherungsart:

, Beamtentarife
ohne Osttarife /mit Optionstarife

Selbstbeteiligung:

Selbstbeteiligung von 0 € bis 1000 €,
auch über Stationär/Dental.

Stationäre Leistungen:

Einbett, "Ein- oder Zweibett" und Zweibettzimmer,
mit privatärztlicher Behandlung.

Leistungen im Zahnbereich:

Zahnbehandlung: Beihilferestkostensatz

Zahnersatz: Beihilferestkostensatz

Kieferorthopädie: Beihilferestkostensatz

Krankentagegeld:

keine Absicherung

Krankenhaustagegeld:

25,- € pro Tag

Pflegeversicherung:

mit Pflegepflicht.

Geforderte Leistungsmerkmale:

Mit Ergänzungstarif.

Nr.	Gesellschaft	Beitrag	Beitrag mit SB	Beitrag mit BRE	SB max.	SB Typ	Betten
Sortierung nach Gesamtbeitrag. *) Informationen zur Selbstbeteiligung finden Sie in den Tarifinformationen.							
1.	Continentale	251,86	293,53	222,48	*)	Fall.	2 - Bett
	COMFORT-B/50S, EB-BU/50, SP2-B/50S, KHT, PVB						
2.	Continentale	257,64	299,31	228,26	*)	Fall.	2 - Bett
	COMFORT-B/50S, EB-BU/50, KS-U/150, SP2-B/50S, KHT, PVB						
3.	Continentale	260,53	302,20	231,15	*)	Fall.	1 - Bett
	COMFORT-B/50S, EB-BU/50, SP1Z-B, SP2-B/50S, KHT, PVB						
4.	Continentale	266,31	307,98	236,93	*)	Fall.	1 - Bett
	COMFORT-B/50S, EB-BU/50, KS-U/150, SP1Z-B, SP2-B/50S, KHT, PVB						
5.	DBV (AXA)	318,62	318,62	318,62	0	keine	2 - Bett
	BN3/2 50-U, BW2 50T-U, Vision B50T-U, KHT-U, PVB						
6.	DBV (AXA)	322,03	322,03	322,03	0	keine	2 - Bett
	BN3/2 50-U, BW2 50T-U, KUR-U/100, Vision B50T-U, KHT-U, PVB						
7.	DBV (AXA)	328,75	328,75	328,75	0	keine	1 - Bett
	BN3/2 50-U, BW2 50T-U, BWE-U, Vision B50T-U, KHT-U, PVB						
8.	Hallesche	329,41	329,41	329,41	0	keine	2 - Bett
	BEa.50, CG.230, CG.320, PRIMO B.120, PRIMO B.30, URZ., KH., PVB						
9.	DBV (AXA)	332,16	332,16	332,16	0	keine	1 - Bett
	BN3/2 50-U, BW2 50T-U, BWE-U, KUR-U/100, Vision B50T-U, KHT-U, PVB						
10.	HUK	333,62	333,62	333,62	0	keine	1 oder 2 -Bett
	B201, B301, BE2, KHTB, PVB						

Empfehlung 1: Debeka Krankenversicherungsverein a. G.		Gesamtbeitrag: 345,57 €
B20K	Vollkostentarif für Beihilfeberechtigte mit 20% Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer.	
B30	Vollkostentarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer.	
BG	Beihilfe-Ergänzungstarif mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind.	
WL20K	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 20% Kostenerstattung für Wahlleistungszuschlag 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung.	
WL30	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für Wahlleistungszuschlag 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung.	
KHT	Krankenhaus-Tagegeld Tagessatz: 25 €	
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert)	

Empfehlung 2: Alte Oldenburger Krankenversicherung AG		Gesamtbeitrag: 381,13 €
BET PLUS	Beihilfe-Ergänzungstarif mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind.	
A 30	Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung.	
AA 20	Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte mit 20% Kostenerstattung.	
K 330	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für das Mehrbett-Zimmer (Regelleistung).	
K 530	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für Regel- und Wahlleistungen 2-Bett-Zimmer sowie Chefarztbehandlung.	
K/S	Stationärer Vollkostentarif mit Kostenerstattung für die verbleibenden Differenzkosten bei stationärer Krankenhausbehandlung für Unterkunft im Einbettzimmer nach Abzug der Kosten für Unterbringung im Zweibettzimmer.	
KK 32	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte, deren Beihilfeanspruch sich bei Erhalt von Versorgungsbezügen um 20% erhöht.	
KK 52	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte, deren Beihilfeanspruch sich bei Erhalt von Versorgungsbezügen um 20% erhöht.	
Z 30	Zahnärztlicher Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.	
ZZ 20	Zahnärztlicher Tarif für Beihilfeberechtigte, deren Beihilfeanspruch sich bei Erhalt von Versorgungsbezügen um 20% erhöht.	
KHT	Krankenhaus-Tagegeld Tagessatz: 25 €	
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert)	

Empfehlung 3: DBV (Zweigniederlassung der AXA)		Gesamtbeitrag: 466,67 €
BN1/2 50-U	Beihilfe-Ergänzungstarif mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind.	
B3 50T-U	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 50% Kostenerstattung für das Mehrbett-Zimmer (Regelleistung).	
BS 50T-U	Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte mit 50% Kostenerstattung.	
BW2 50T-U	Stationärer Zusatztarif für Beihilfeberechtigte mit Kostenerstattung für das 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung.	

Empfehlung 3: DBV (Zweigniederlassung der AXA)		Gesamtbeitrag: 466,67 €
BWE-U	Stationärer Zusatztarif für Beihilfeberechtigte mit Kostenerstattung für das 1-Bett-Zimmer.	
BZ 50-U	Zahnärztlicher Tarif für Beihilfeberechtigte mit 50% Kostenerstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.	
KHT-U	Krankenhaus-Tagegeld Tagessatz: 25 €	
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert)	

Empfehlung 1: Debeka Krankenversicherungsverein a. G.		
B20K	Vollkostentarif für Beihilfeberechtigte mit 20% Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/17	88,59 €
B30	Vollkostentarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/17	174,85 €
BG	Beihilfe-Ergänzungstarif mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	5,63 €
WL20K	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 20% Kostenerstattung für Wahlleistungszuschlag 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/16	5,24 €
WL30	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für Wahlleistungszuschlag 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/16	13,55 €
KHT	Krankenhaus-Tagegeld Tagessatz: 25 € Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	7,85 €
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert) Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	29,93 €
Gesamtprämie		325,64 €
Gesetzlicher Vorsorgezuschlag auf folgende Tarife: B30, BG, WL20K, WL30		19,93 €
Gesamtbetrag		345,57 €
Vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		260,61 €
Vom Beitrag zur privaten Pflegeversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		29,93 €

Empfehlung 2: Alte Oldenburger Krankenversicherung AG		
BET PLUS	Beihilfe-Ergänzungstarif mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	13,70 €
A 30	Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/19	116,35 €
AA 20	Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte mit 20% Kostenerstattung. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/19	62,55 €
K 330	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für das Mehrbett-Zimmer (Regelleistung). Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	43,36 €
K 530	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für Regel- und Wahlleistungen 2-Bett-Zimmer sowie Chefarztbehandlung. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/17	13,36 €
K/S	Stationärer Vollkostentarif mit Kostenerstattung für die verbleibenden Differenzkosten bei stationärer Krankenhausbehandlung für Unterkunft im Einbettzimmer nach Abzug der Kosten für Unterbringung im Zweibettzimmer. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/18	6,71 €
KK 32	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte, deren Beihilfeanspruch sich bei Erhalt von Versorgungsbezügen um 20% erhöht. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/14	18,79 €
KK 52	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte, deren Beihilfeanspruch sich bei Erhalt von Versorgungsbezügen um 20% erhöht. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/17	5,39 €
Z 30	Zahnärztlicher Tarif für Beihilfeberechtigte mit 30% Kostenerstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/17	24,83 €
ZZ 20	Zahnärztlicher Tarif für Beihilfeberechtigte, deren Beihilfeanspruch sich bei Erhalt von Versorgungsbezügen um 20% erhöht. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/17	15,42 €
KHT	Krankenhaus-Tagegeld Tagessatz: 25 € Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/18	9,65 €
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert) Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	29,18 €
Gesamtprämie		359,29 €
Gesetzlicher Vorsorgezuschlag auf folgende Tarife: BET PLUS, A 30, K 330, K 530, K/S, Z 30		21,84 €

Empfehlung 2: Alte Oldenburger Krankenversicherung AG

Gesamtbeitrag	381,13 €
Vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO	278,17 €
Vom Beitrag zur privaten Pflegeversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO	29,18 €

Empfehlung 3: DBV (Zweigniederlassung der AXA)		
BN1/2 50-U	Beihilfe-Ergänzungstarif mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/21	10,65 €
B3 50T-U	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte mit 50% Kostenerstattung für das Mehrbett-Zimmer (Regelleistung). Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	98,31 €
BS 50T-U	Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte mit 50% Kostenerstattung. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/18	214,92 €
BW2 50T-U	Stationärer Zusatztarif für Beihilfeberechtigte mit Kostenerstattung für das 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	25,55 €
BWE-U	Stationärer Zusatztarif für Beihilfeberechtigte mit Kostenerstattung für das 1-Bett-Zimmer. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/19	9,21 €
BZ 50-U	Zahnärztlicher Tarif für Beihilfeberechtigte mit 50% Kostenerstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/13	42,58 €
KHT-U	Krankenhaus-Tagegeld Tagessatz: 25 € Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/19	9,73 €
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert) Eintrittsalter 51 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	29,14 €
Gesamtprämie		440,09 €
Gesetzlicher Vorsorgezuschlag auf folgende Tarife: BN1/2 50-U, B3 50T-U, BS 50T-U, BW2 50T-U, BWE-U, BZ 50-U		26,58 €
Gesamtbetrag		466,67 €
Vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		364,98 €
Vom Beitrag zur privaten Pflegeversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		29,14 €

	gefordert	Debeka B1	Alte Oldenburger B1	DBV (AXA) B1
Tarife		B20K, B30, BG, WL20K, WL30, KHT, PVB	A 30, AA 20, BET PLUS, K 330, K 530, K/S, KK 32, KK 52, Z 30, ZZ 20, KHT, PVB	B3 50T-U, BN1/2 50-U, BS 50T-U, BW2 50T-U, BWE-U, BZ 50-U, KHT-U, PVB
Gesamtsumme Prämien		325,64 €	359,29 €	440,09 €
Gesetzl. Vorsorgezuschlag (10%)		19,93 €	21,84 €	26,58 €
Gesamtbeitrag		345,57 €	381,13 €	466,67 €
Beitrag mit Selbstbeteiligung		345,57 €	381,13 €	466,67 €
Maximale Selbstbeteiligung (SB)	0-1000 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Selbstbeteiligung Typ		keine	keine	keine
Beitrag mit garant. Beitragsrückerst.		345,57 €	381,13 €	466,67 €
garantierte Beitragsrückerstattung		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Effektivbeitrag		345,57 €	381,13 €	466,67 €
Effektivbeitrag mit SB		345,57 €	381,13 €	466,67 €
Effektivbeitrag mit garant. BRE		345,57 €	381,13 €	466,67 €
Gesamtbeitrag ambulant, stationär und dental		307,79 €	342,30 €	427,80 €
Beitrag Pflege		29,93 €	29,18 €	29,14 €
Beitrag Pflegezusatz		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Beitrag Beitragsreduzierung		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Umfang Beitragsreduzierung		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Bettenleistung		2 - Bett	1 - Bett	1 - Bett
Privatarzt	ja	ja	ja	ja

Allgemeiner Tarifbereich

Bereich interne Tarifwerkbezeichnung	gefordert	Debeka B1	Alte Oldenburger B1	DBV (AXA) B1
Garantierte Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Primärarzttarif	<input type="checkbox"/>	nein	nein	nein
Tarife, die nur bei unfallbedingten Erkrankungen leisten	<input type="checkbox"/>	nein	nein	nein
Tarife, die nur bei bestimmten Erkrankungen leisten	<input type="checkbox"/>	nein	nein	nein
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 6 Monate (ggf. mit Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	Von BET PLUS, A 30, AA 20, K 330, K 530, KK 32, KK 52, Z 30, ZZ 20 erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 12 Monate (ggf. mit Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	Von BET PLUS, A 30, AA 20, K 330, K 530, KK 32, KK 52, Z 30, ZZ 20 erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz unbegrenzt (ggf. mit Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	Von BET PLUS, A 30, AA 20, K 330, K 530, KK 32, KK 52, Z 30, ZZ 20 erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 6 Monate (ohne Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 12 Monate (ohne Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz unbegrenzt (ohne Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Europäischer Auslandsschutz mit Vereinbarung und mit Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Europäischer Auslandsschutz ohne Vereinbarung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Europäischer Auslandsschutz ohne Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz mit Vereinbarung und mit Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz ohne Vereinbarung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz ohne Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Vertragliche Verpflichtung zur Umstellung Voll-KV in eine Ergänzungsversicherung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt

Ambulanter Tarifbereich

Bereich	gefordert	Debeka B20K, B30	Alte Oldenburger BET PLUS, A 30, AA 20	DBV (AXA) BN1/ 2 50- U, BS 50T- U
Bis Höchstsatz Gebührenordnung (amb.)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Gebührenordnung (amb.) über Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	Von A 30, AA 20 erfüllt	erfüllt
Erstattung für Sehhilfen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Alle Behandlungsmethoden gemäß Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Erstattung ambulanter Behandlungen im Kurort	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Übernahme der ambulanten Kosten im Ausland ohne feste Begrenzung auf deutsche Sätze	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	erfüllt	erfüllt
Brechkraftverändernde Operationen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung bei der Bezugsart von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung auf Generika	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Schutzimpfungen, mind. entsprechend der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Ambulante Entziehungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Leistung für häusliche Krankenpflege	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Nicht-ärztliche Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Vorsorge besser als gesetzl. Rahmen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Vorsorge BRE unschädlich	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	erfüllt	erfüllt
Vorsorge ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Psychotherapie grundsätzlich versichert	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Freie Wahl Behandlers in der Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Mindestens 30 Psychotherapie-Sitzungen ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Mindestens 50 Psychotherapie-Sitzungen ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Nach Zusage unbegrenzte Sitzungsanzahl	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung bei der Erstattungshäufigkeit von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Limitierung von Hilfsmitteln durch eine Prozent- oder durch preisliche Leistungsobergrenze	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Hilfsmittelkatalog offen in Bezug auf technische Mittel	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung bei Krankentransporten	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Heimdialysegeräte	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Atemüberwachungsmonitore	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Beatmungsgeräte/ Sauerstoffkonzentratoren	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Hör-/Sprechgeräte	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Prothesen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Körperersatzstücke	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Geh-/Stützapparate	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt

Ambulanter Tarifbereich

Bereich	gefordert	Debeka B20K, B30	Alte Oldenburger BET PLUS, A 30, AA 20	DBV (AXA) BN1/ 2 50- U, BS 50T- U
Erstattung Blindenhund	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/ambulant: keine Einschränkung in der Entfernung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/ambulant: keine Einschränkung auf nächstgelegenen/nächsten Behandler	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/ambulant: Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Kostenersatz Logopädie	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Kostenersatz Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt

Stationärer Tarifbereich

Bereich	gefordert	Debeka B20K, B30, WL20K, WL30	Alte Oldenburger BET PLUS, K 330 , K 530, K/ S, KK 32, KK 52	DBV (AXA) BN1/ 2 50- U, B3 50T- U, BW2 50T- U, BWE- U
Privatärztliche Versorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Bis Höchstsatz Gebührenordnung (stat.)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	Von B3 50T-U, BW2 50T-U, BWE-U erfüllt
Gebührenordnung (stat.) über Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	erfüllt	Von BW2 50T-U erfüllt
Gemischte Anstalten ohne schriftliche Zusage (stationär)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	Von B3 50T-U, BW2 50T-U, BWE-U erfüllt
Gemischte Anstalten ohne schriftliche Zusage (Unfall)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	Von BET PLUS, K 330, K 530, KK 32, KK 52 erfüllt	Von B3 50T-U, BW2 50T-U, BWE-U erfüllt
Stationäre Entziehungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	Von B20K, B30 erfüllt	erfüllt	Von B3 50T-U, BW2 50T-U, BWE-U erfüllt
Leistungen für Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/>	Von B20K, B30 erfüllt	erfüllt	erfüllt
Übernahme der stationären Kosten im Ausland ohne feste Begrenzung auf deutsche Sätze	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	Von BET PLUS, K 330, K 530, KK 32, KK 52 erfüllt	erfüllt
Hospizleistung	<input type="checkbox"/>	Von B20K, B30 erfüllt	Von BET PLUS, K 330, KK 32 erfüllt	Von B3 50T-U, BW2 50T-U, BWE-U erfüllt
Erstattung für Rooming-in	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: keine Einschränkung in der Entfernung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: keine Einschränkung im Transportmittel	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: keine Einschränkung auf nächstgelegenes/nächstes Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt

Dentaler Tarifbereich

Bereich	gefordert	Debeka B20K, B30, BG	Alte Oldenburger BET PLUS, Z 30, ZZ 20	DBV (AXA) BN1/ 2 50- U, BZ 50- U
Bis Höchstsatz Gebührenordnung (Zahnersatz)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	Von BZ 50-U erfüllt
Gebührenordnung (Zahnersatz) über Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	Von BZ 50-U erfüllt
Leistung für Implantate	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Umfassende Leistung für Implantate	<input type="checkbox"/>	erfüllt	Von Z 30, ZZ 20 erfüllt	Von BZ 50-U erfüllt
Erstattung ohne Zahnstaffel	<input type="checkbox"/>	Von B20K, B30 erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Gebührenordnung (Zahnbehandlung) bis Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Gebührenordnung (Zahnbehandlung) über Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt

Kur

Bereich	gefordert	Debeka B20K, B30, WL20K, WL30	Alte Oldenburger BET PLUS, A 30, AA 20, K 330 , K 530, K/ S, KK 32, KK 52	DBV (AXA) BN1/ 2 50- U, B3 50T- U, BS 50T- U, BW2 50T- U, BWE- U
Kurkostenerstattung (amb.)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Kurkostenerstattung (stat.)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Kur: Erstattung bei Unterbringung (amb.)	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Kur: Erstattung bei Unterbringung (stat.)	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt

1.	Advigon Versicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt
2.	Allianz Private Krankenversicherung-AG	Vorgaben erfüllen 4 Tarifkombinationen
3.	Alte Oldenburger Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 2 Tarifkombinationen
4.	ARAG Krankenversicherungs-AG	Vorgaben erfüllt eine Tarifkombination
5.	Barmenia Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 5 Tarifkombinationen
6.	Beispielgesellschaft für Basistarif	Vorgaben nicht erfüllt
7.	Bayerische Beamtenkrankenkasse AG	Vorgaben erfüllen 5 Tarifkombinationen
8.	Central Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 2 Tarifkombinationen
9.	Concordia Krankenversicherungs-AG	Vorgaben erfüllen 10 Tarifkombinationen
10.	Continentale Krankenversicherung a.G.	Vorgaben erfüllen 4 Tarifkombinationen
11.	DBV (Zweigniederlassung der AXA)	Vorgaben erfüllen 12 Tarifkombinationen
12.	Debeka Krankenversicherungsverein a. G.	Vorgaben erfüllen 2 Tarifkombinationen
13.	SIGNAL IDUNA Krankenversicherung_a.G.	Vorgaben erfüllen 2 Tarifkombinationen
14.	DEVK Krankenversicherungs-AG	Vorgaben nicht erfüllt
15.	DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 4 Tarifkombinationen
16.	Gothaer Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllt eine Tarifkombination
17.	Hallesche Krankenversicherung a.G.	Vorgaben erfüllen 4 Tarifkombinationen
18.	HanseMerkur Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllt eine Tarifkombination
19.	HUK-COBURG Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllt eine Tarifkombination
20.	Inter Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 2 Tarifkombinationen
21.	LVM Krankenversicherungs-AG	Vorgaben erfüllen 2 Tarifkombinationen
22.	Mannheimer Krankenversicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt
23.	Münchener Verein Krankenversicherung a.G	Vorgaben erfüllen 4 Tarifkombinationen
24.	Nürnberger Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllt eine Tarifkombination
25.	ottonova Krankenversicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt
26.	Provinzial Krankenversicherung Hannover	Vorgaben nicht erfüllt
27.	R + V Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 2 Tarifkombinationen
28.	Süddeutsche Krankenversicherung a.G.	Vorgaben nicht erfüllt
29.	SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.	Vorgaben erfüllen 3 Tarifkombinationen
30.	Union Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 5 Tarifkombinationen
31.	uniVersa Krankenversicherung a.G.	Vorgaben erfüllen 3 Tarifkombinationen
32.	vigo Krankenversicherung V.V.a.G.	Vorgaben nicht erfüllt
33.	VRK Krankenversicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt
34.	Württembergische Krankenversicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt

1.) Allianz Private Krankenversicherung-AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): Beihilfe Ambulant 50% (BHA51), Beihilfe Ambulant 50% mit Selbstbeteiligung (BHA51SB), Beihilfe Krankenhaus 50% (BHK51), Beihilfe Zahn 50% (BHZ51), Beihilfeergänzung 30% Zahntech.Leist./Services (BHEZTL20), Beihilfeergänzung Krankenhaus Einbettzimmer (BHE1K)

Nicht im Ergebnis: Beihilfe Ambulant 20% (BHA21), Beihilfe Ambulant 30% (BHA30), Beihilfe Ambulant 30% Anwärter (BHRA30), Beihilfe Ambulant 30% mit Selbstbeteiligung (BHA30SB), Beihilfe Ambulant 35% (BHA35), Beihilfe Ambulant 35% Anwärter (BHRA35), Beihilfe Ambulant 40% (BHA40), Beihilfe Ambulant 40% Anwärter (BHRA40), Beihilfe Ambulant 45% (BHA45), Beihilfe Ambulant 45% Anwärter (BHRA45), Beihilfe Ambulant 50% (BHA50), Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50), Beihilfe Krankenhaus 15% (BHK15), Beihilfe Krankenhaus 15% Anwärter (BHRK15), Beihilfe Krankenhaus 20% (BHK20), Beihilfe Krankenhaus 20% (BHK21), Beihilfe Krankenhaus 20% Anwärter (BHRK20), Beihilfe Krankenhaus 20% ohne Wahlleistungen (BHK21BW), Beihilfe Krankenhaus 25% (BHK25), Beihilfe Krankenhaus 25% Anwärter (BHRK25), Beihilfe Krankenhaus 30% (BHK30), Beihilfe Krankenhaus 30% Anwärter (BHRK30), Beihilfe Krankenhaus 30% ohne Wahlleistungen (BHK30BW), Beihilfe Krankenhaus 30% ohne Wahlleistungen Anwärter (BHRK30BW), Beihilfe Krankenhaus 35% (BHK35), Beihilfe Krankenhaus 35% Anwärter (BHRK35), Beihilfe Krankenhaus 35% ohne Wahlleistungen (BHK35BW), Beihilfe Krankenhaus 40% ohne Wahlleistungen (BHK40BW), Beihilfe Krankenhaus 45% ohne Wahlleistungen (BHK45BW), Beihilfe Krankenhaus 50% (BHK50), Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50), Beihilfe Krankenhaus 50% ohne Wahlleistungen (BHK50BW), Beihilfe Krankenhaus 50% ohne Wahlleistungen Anwärter (BHRK50BW), Beihilfe Zahn 20% (BHZ21), Beihilfe Zahn 30% (BHZ30), Beihilfe Zahn 30% Anwärter (BHRZ30), Beihilfe Zahn 35% (BHZ35), Beihilfe Zahn 35% Anwärter (BHRZ35), Beihilfe Zahn 40% (BHZ40), Beihilfe Zahn 40% Anwärter (BHRZ40), Beihilfe Zahn 45% (BHZ45), Beihilfe Zahn 45% Anwärter (BHRZ45), Beihilfe Zahn 50% (BHZ50), Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50), Beihilfeergänzung 20% Zahntech.Leist./Services (BHEZTL20), Beihilfeergänzung 20% Zahntech.Leist./Services (BHEZTL20), Beihilfeergänzung 30% Zahntech.Leist./Services (BHEZTL20), Beihilfeergänzung 30% Zahntech.Leist./Services (BHEZTL20), Beihilfeergänzung 40% Zahntech.Leist./Services (BHEZTL40), Beihilfeergänzung 50% Zahntech.Leist./Services (BHEZTL50), Beihilfeergänzung Krankenhaus Zweibettzimmer (BHE2K)

2.) Alte Oldenburger Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): A 30, AA 20, BET PLUS, K 330, K 530, KK 32, KK 52, Z 30, ZZ 20

Nicht im Ergebnis: A 20, A 35, A 40, A 45, A 50, BVA 20, BVA 30, BVA 50, BVK 320, BVK 330, BVK 335, BVK 350, BVK 520, BVK 530, BVK 535, BVK 550, BVK 5B, BVZ 20, BVZ 30, BVZ 50, K 320, K 325, K 335, K 340, K 345, K 350, K 50-B, K 520, K 525, K 535, K 550, Z 20, Z 35, Z 40, Z 45, Z 50

3.) ARAG Krankenversicherungs-AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): 217, 247, 277, 527

Nicht im Ergebnis: 211, 213, 214, 215, 216, 221, 222, 223, 224, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 241, 242, 243, 244, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 261, 262, 271, 273, 274, 275, 276, 521, 523, 524, 525, 526

4.) Barmenia Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): VB130U, VB1ZU, VB230U, VB2ZU, VE50U, VENU, VK50U

Nicht im Ergebnis: BVA30U, BVA35U, BVA40U, BVA45U, BVA50U, BVBA12U, BVBA13U, BVBA1ZU, BVBA22U, BVBA23U, BVBA2ZU, BVBA32U, BVBA33U, BVBA3ZU, BVD30U, BVD35U, BVD40U, BVD45U, BVD50U, BVE50U, BVE55U, BVE60U, BVE65U, BVE70U, BVEA50U, BVEA70U, BVEA80U, BVEL55U, BVEL60U, BVEL65U, BVELA50U, BVELA70U, BVELA80U, BVENU, BVK100U, BVK50U, BVS100U, BVS200U, BVS220U, BVS225U, BVS230U, BVS235U, BVS320U, BVS325U, BVS330U, BVS335U, BVS340U, BVS345U, BVS350U, VA30U, VA35U, VA40U, VA45U, VA50U, VB120U, VB150U, VB220U, VB250U, VB320U, VB330U, VB350U, VB3ZU, VD30U, VD35U, VD40U, VD45U, VD50U, VE55U, VE60U, VE65U, VE70U, VE80U, VEL50U, VEL55U, VEL60U, VEL65U, VEL70U, VEL80U, VK100U, VS100U, VS200U, VS220U, VS225U, VS230U, VS235U, VS320U, VS325U, VS330U, VS335U, VS340U, VS345U, VS350U

5.) Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BC 20k, BC 20k SB, BC 30, BC 30 SB, BErgänzung+, BKlinik+ 20K, BKlinik+ 30, BZahn+

Nicht im Ergebnis: BC 20, BC 20 SB, BC 30 SB W, BC 30 W, BC 30/15, BC 30/15 SB, BC 35, BC 35 SB, BC 35 SB W, BC 35 W, BC 35/20, BC 35/20 SB, BC 35/20 SB W, BC 35/20 W, BC 40, BC 40 SB, BC 40 SB W, BC 40 W, BC 40/25, BC 40/25 SB, BC 40/25 SB W, BC 40/25 W, BC 45, BC 45 SB, BC 45 SB W, BC 45 W, BC 45/30, BC 45/30 SB, BC 45/30 SB W, BC 45/30 W, BC 50, BC 50 SB, BC 50 SB W, BC 50 W, BC 50/35, BC 50/35 SB, BC 50/35 SB W, BC 50/35 W, BErgänzung+ W, BKlinik+ 100, BKlinik+ 100 W, BKlinik+ 15, BKlinik+ 20, BKlinik+ 20 W, BKlinik+ 25, BKlinik+ 25 W, BKlinik+ 30 W, BKlinik+ 35, BKlinik+ 35 W, BKlinik+ 50, BKlinik+ 50 W, BZahn+ W

6.) Central Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): B30, BK20, SBE 100

Nicht im Ergebnis: B20, B20, B30, B50, B50, BA30, BA30, BA50, BA50, BAG5, BAG5 (2x), BAG5 (3x), BAG5 (4x), BE20, BE30, BE50, BEA30, BEA50, BEK20, BG5, BG5 (2x), BG5 (3x), BG5 (4x), BH30, BHA30, BK20, SZ220, SZ225, SZ230, SZ235, SZ250, SZ270, SZ280, SZA220, SZA225, SZA230, SZA235, SZA250, SZA270

7.) Concordia Krankenversicherungs-AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): AZN, AZP, AZSH, BV 20, BV 30, BV PLUS, BVE, BVS, BVZ

Nicht im Ergebnis: BV 20A, BV 30A, BV 50, BV PLUS A, BV20, BV20A, BV30, BV30A, SZB50, SZB70, SZB80

8.) Continentale Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): COMFORT-B/50S, EB-BU/50, SP1Z-B, SP2-B/50S

Nicht im Ergebnis: BA COMFORT-B/20, BA COMFORT-B/30, BA COMFORT-B/30-HE, BA COMFORT-B/35, BA COMFORT-B/35-HE, BA COMFORT-B/40, BA COMFORT-B/40-HE, BA COMFORT-B/45, BA COMFORT-B/45-HE, BA COMFORT-B/50, BA COMFORT-B/50-HE, BA EB-BB/50, BA EB-BB/70, BA EB-BB/80, BA EB-BE/50, BA EB-BE/70, BA EB-BE/80, BA EB-BU/50, BA EB-BU/70, BA EB-BU/80, BA EB-BW/50, BA EB-BW/70, BA EB-BW/80, BA EB-BY/50, BA EB-BY/70, BA EB-BY/80, BA EB-HB/50, BA EB-HB/55, BA EB-HB/60, BA EB-HB/65, BA EB-HB/65, BA EB-HE/50, BA EB-HE/55, BA EB-HE/60, BA EB-HE/65, BA EB-HH/50, BA EB-HH/70, BA EB-HH/80, BA EB-MV/50, BA EB-MV/70, BA EB-MV/80, BA EB-NI/50, BA EB-NI/70, BA EB-NI/80, BA EB-NW/50, BA EB-NW/70, BA EB-NW/80, BA EB-RP/50, BA EB-RP/70, BA EB-RP/80, BA EB-SH/50, BA EB-SH/70, BA EB-SH/80, BA EB-SL/50, BA EB-SL/70, BA EB-SL/80, BA EB-SN/50, BA EB-SN/70, BA EB-SN/80, BA EB-ST/50, BA EB-ST/70, BA EB-ST/80, BA EB-TH/50, BA EB-TH/70, BA EB-TH/80, BA SP1Z-B, BA SP2-B/100, BA SP2-B/15, BA SP2-B/20, BA SP2-B/25, BA SP2-B/30, BA SP2-B/35, BA SP2-B/50, COMFORT-B/20, COMFORT-B/30, COMFORT-B/30-HE, COMFORT-B/35, COMFORT-B/35-HE, COMFORT-B/40, COMFORT-B/40-HE, COMFORT-B/45, COMFORT-B/45-HE, COMFORT-B/50, COMFORT-B/50-HE, EB-BB/50, EB-BB/70, EB-BB/80, EB-BE/50, EB-BE/70, EB-BE/80, EB-BU/70, EB-BU/80, EB-BW/50, EB-BW/70, EB-BW/80, EB-BY/50, EB-BY/70, EB-BY/80, EB-HB/50, EB-HB/55, EB-HB/60, EB-HB/65, EB-HE/50, EB-HE/55, EB-HE/60, EB-HE/65, EB-HE/70, EB-HH/50, EB-HH/70, EB-HH/80, EB-MV/50, EB-MV/70, EB-MV/80, EB-NI/50, EB-NI/70, EB-NI/80, EB-NW/50, EB-NW/70, EB-NW/80, EB-RP/50, EB-RP/70, EB-RP/80, EB-SH/50, EB-SH/70, EB-SH/80, EB-SL/50, EB-SL/70, EB-SL/80, EB-SN/50, EB-SN/70, EB-SN/80, EB-ST/50, EB-ST/70, EB-ST/80, EB-TH/50, EB-TH/70, EB-TH/80, SP2-B/100, SP2-B/15, SP2-B/20, SP2-B/25, SP2-B/30, SP2-B/35, SP2-B/50

9.) DBV (Zweigniederlassung der AXA)

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): B3 50T-U, BN1/2 50-U, BN3/2 50-U, BS 50T-U, BSG 50T-U, BW2 50T-U, BWE-U, BZ 50-U, KUR-U, Vision B50T-U

Nicht im Ergebnis: B3 15-U, B3 15-UA, B3 20-U, B3 20-UA, B3 25-U, B3 25-UA, B3 30-U, B3 30-UA, B3 35-U, B3 35-UA, B3 45-U, B3 45-UA, B3 50-U, B3 50-UA, BN1/1 20-U, BN1/1 20-UA, BN1/1 30-U, BN1/1 30-UA, BN1/1 35-U, BN1/1 35-UA, BN1/1 40-U, BN1/1 40-UA, BN1/1 45-U, BN1/1 45-UA, BN1/1 50-U, BN1/1 50-UA, BN1/2 20-U, BN1/2 20-UA, BN1/2 30-U, BN1/2 30-UA, BN1/2 50-U, BN3/1 20-U, BN3/1 20-UA, BN3/1 30-U, BN3/1 30-UA, BN3/1 35-U, BN3/1 35-UA, BN3/1 40-U, BN3/1 40-UA, BN3/1 45-U, BN3/1 45-UA, BN3/1 50-U, BN3/1 50-UA, BN3/2 20-U, BN3/2 20-UA, BN3/2 30-U, BN3/2 30-UA, BN3/2 50-U, BS 20-U, BS 20-UA, BS 30-U, BS 30-UA, BS 35-U, BS 35-UA, BS 40-U, BS 40-UA, BS 45-U, BS 45-UA, BS 50-U, BS 50-UA, BSG 20-U, BSG 30-U, BSG 35-U, BSG 40-U, BSG 45-U, BSG 50-U, BW2 00-U, BW2 00-UA, BW2 15-U, BW2 15-UA, BW2 20-U, BW2 20-UA, BW2 25-U, BW2 25-UA, BW2 30-U, BW2 30-UA, BW2 35-U, BW2 35-UA, BW2 50-U, BW2 50-UA, BWE-UA, BZ 20-U, BZ 20-UA, BZ 30-U, BZ 30-UA, BZ 35-U, BZ 35-UA, BZ 40-U, BZ 40-UA, BZ 45-U, BZ 45-UA, BZ 50-U, BZ 50-UA, KUR-U/100 (Anwärter bis 19 J), KUR-UA, Vision B20-U, Vision B20-UA, Vision B30-U, Vision B30-UA, Vision B35-U, Vision B35-UA, Vision B3520-U, Vision B3520-UA, Vision B40-U, Vision B40-UA, Vision B4025-U, Vision B4025-UA, Vision B45-U, Vision B45-UA, Vision B4530-U, Vision B4530-UA, Vision B50-U, Vision B50-UA, Vision B5035-U, Vision B5035-UA

10.) Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): B20K, B30, BC, BG, WL20K, WL30

Nicht im Ergebnis: B20, B20A, B30/15, B30/15A, B30A, B35, B35/20, B35/20A, B35A, B40, B40/25, B40/25A, B40A, B45, B45/30, B45/30A, B45A, B50, B50/35, B50/35A, B50A, BC A, BG A, WL100, WL100A, WL15, WL15A, WL20, WL20A, WL25, WL25A, WL30A, WL35, WL35A, WL50, WL50A

11.) DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BEX, BK 30, BKF20, BKH1, BKH2 30, BKH2F 30

Nicht im Ergebnis: BEXA, BEXE, BEXEA, BK 15, BK 20, BK 25, BK 35, BK 40, BK 45, BK 50, BKA 15, BKA 20, BKA 20., BKA 25, BKA 30, BKA 30., BKA 35, BKA 40, BKA 45, BKA 50, BKA 50., BKE 15, BKE 20, BKE 25, BKE 30, BKE 35, BKE 40, BKE 45, BKE 50, BKEA 20, BKEA 30, BKEA 50, BKEF 20, BKEH 15, BKH1A, BKH2 100, BKH2 15, BKH2 20, BKH2 25, BKH2 35, BKH2 50, BKH2A 100, BKH2A 15, BKH2A 20, BKH2A 25, BKH2A 30, BKH2A 35, BKH2A 50, BKHE 15, BKHEA 15, BZA 20, BZA 25, BZA 30, BZA 35, BZA 40, BZA 50, BZEA

12.) Gothaer Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BA 20E, BA 30, BE, BS 20E, BS 30, BZ 20E, BZ 30

Nicht im Ergebnis: BA 20, BA 35, BA 40, BA 45, BA 50, BE, BS 15, BS 20, BS 25, BS 35, BS 50, BSR 15, BSR 20, BSR 20E, BSR 25, BSR 30, BSR 35, BSR 40, BSR 45, BSR 50, BWA 20, BWA 30, BWA 35, BWA 40, BWA 45, BWA 50, BWS 20, BWS 25, BWS 30, BWS 35, BWS 50, BWSR 20, BWSR 25, BWSR 30, BWSR 35, BWSR 40, BWSR 45, BWSR 50, BWZ 20, BWZ 30, BWZ 35, BWZ 40, BWZ 45, BWZ 50, BZ 20, BZ 35, BZ 40, BZ 45, BZ 50, MediClinic Plus, MediClinicPremium

13.) Hallesche Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BEa.50, CAZ.120, CAZ.30, CG.230, CG.320, CSD., CSR.120, CSR.30, PRIMO B.120, PRIMO B.30

Nicht im Ergebnis: BEa.70, BEa.80, BEb.50, BEb.70, BEb.80, BEc.50, BEc.70, BEc.80, CAZ.20, CAZ.35, CAZ.40, CAZ.45, CAZ.50, CG.2(B), CG.215, CG.220, CG.225, CG.235, CG.250, CSR.15, CSR.20, CSR.25, CSR.35, CSR.40, CSR.45, CSR.50, PRIMO B.20, PRIMO B.50, SBB BEa.50, SBB BEa.70, SBB BEb.50, SBB BEb.70, SBB BEc.50, SBB CG.2(B), SBB CG.230, SBB CG.250, SBB PRIMO B.30, SBB PRIMO B.50

14.) HanseMercur Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): A 20Z, A 30, BET, P2EB30, P2EZ, P3B30, P3Z, ZA 50

Nicht im Ergebnis: A 20, A 20A, A 30 AwVG, A 30A, A 35, A 35A, A 40, A 40A, A 45, A 45A, A 50, A 50A, BET, BET A, BET A, BET AwVG, BET, AwVG, KB/20, KB/30, KB/35, KB/35, KB/40, KB/40, KB/45, KB/45, KB/50, KB/50, KBE, P2EB100, P2EB100A(20-38), P2EB15, P2EB15A(20-38), P2EB20, P2EB20A(20-38), P2EB25, P2EB30A(20-38), P2EB35, P2EB35A(20-38), P2EB50, P2EB50A(20-38), P3B15, P3B15A, P3B20, P3B20A, P3B25, P3B30 AwVG, P3B30A, P3B35, P3B35A, P3B40, P3B40A, P3B45, P3B45A, P3B50, P3B50A, ZA 20, ZA 20A, ZA 30, ZA 30 AwVG, ZA 30A, ZA 35, ZA 35A, ZA 40, ZA 40A, ZA 45, ZA 45A, ZA 50A

15.) HUK-COBURG Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): B201, B301, BE2

Nicht im Ergebnis: B20, B20 mVW, B201 mVW, B30, B30 mVW, B301 mVW, B35, B40, B45, B50, BAK20, BAK20 mVW, BAK30, BAK30 mVW, BAK35, BAK40, BAK45, BAK50, BAK50 mVW, BAKFam amb 30, BAKFam amb 35, BAKFam amb 40, BAKFam amb 45, BAKFam amb 50, BAKFam stat 15, BAKFam stat 20, BAKFam stat 25, BAKFam stat 30, BAKFam stat 35, BAR20, BAR20 mVW, BAR30, BAR30 mVW, BAR35, BAR40, BAR45, BAR50, BAR50 mVW, BARFam amb 30, BARFam amb 35, BARFam amb 40, BARFam amb 45, BARFam amb 50, BARFam stat 15, BARFam stat 20, BARFam stat 25, BARFam stat 30, BARFam stat 35, BE1, BE2A, BEWL, BEWLA, BFam amb 30, BFam amb 35, BFam amb 45, BFam amb 50, BFam stat 15, BFam stat 20, BFam stat 30, BFam stat 35

16.) Inter Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BE U, BK 50/50U, BKZ U, BW 50U

Nicht im Ergebnis: ABK 20/20U, ABK 30/15U, ABK 30/30U, ABK 35/20U, ABK 35/35U, ABK 40/25U, ABK 40/40U, ABK 45/30U, ABK 45/45U, ABK 50/35U, ABK 50/50U, ABW 100U, ABW 15U, ABW 20U, ABW 25U, ABW 30U, ABW 35U, ABW 50U, BK 20/20U, BK 30/15U, BK 30/30U, BK 35/20U, BK 35/35U, BK 40/25U, BK 40/40U, BK 45/30U, BK 45/45U, BK 50/35U, BW 100U, BW 15U, BW 20U, BW 25U, BW 30U, BW 35U

17.) LVM Krankenversicherungs-AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): AB 20E, AB 30, EB 1, EB 2, SB 220E, SB 230, ZB 20E, ZB 30

Nicht im Ergebnis: AB 20, AB 35, AB 40, AB 45, AB 50, ABA 20, ABA 30, ABA 35, ABA 40, ABA 45, ABA 50, EBA 1, EBA 2, EWB 1, EWB 2, EWBA 1, EWBA 2, SB 215, SB 220, SB 225, SB 235, SB 250, SB 315, SB 320, SB 320E, SB 325, SB 330, SB 335, SB 340, SB 345, SB 350, SBA 220, SBA 225, SBA 230, SBA 235, SBA 250, SBA 320, SBA 325, SBA 330, SBA 335, SBA 340, SBA 345, SBA 350, ZB 20, ZB 35, ZB 40, ZB 45, ZB 50, ZBA 20, ZBA 30, ZBA 35, ZBA 40, ZBA 45, ZBA 50

18.) Münchener Verein Krankenversicherung a.G

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): 716, 719, 725, 734 PLUS, 756, 786, 789, 799, 936, 939, 976, 979

Nicht im Ergebnis: 022, 026, 028, 032, 036, 038, 712, 713, 714, 715, 718, 725 A, 726, 726 A, 733 COMFORT, 733 COMFORT A, 734 PLUS A, 752, 753, 754, 755, 757, 758, 782, 783, 784, 785, 788, 902, 903, 904, 905, 906, 908, 909, 932, 938, 970, 972, 975, 977, 978

19.) Nürnberger Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BE, BK 21, BK 30, BS 221, BS 230

Nicht im Ergebnis: BAE, BAK 20, BAK 30, BAK 35, BAK 35H, BAK 40, BAK 40H, BAK 45, BAK 45H, BAK 50, BAK 50H, BAS 200, BAS 220, BAS 225, BAS 230, BAS 235, BAS 250, BK 20, BK 35, BK 35H, BK 40, BK 40H, BK 45, BK 45H, BK 50, BK 50H, BS 220, BS 225, BS 235, BS 250, S 2 (B)

20.) ottonova Krankenversicherung AG

Nicht im Ergebnis: BAZ20, BAZ30, BAZ35, BAZ40, BAZ45, BAZ50, BAZK20, BAZW30, BAZW35, BAZW40, BAZW45, BAZW50, BBC100, BBC15, BBC20, BBC25, BBC30, BBC35, BBC50, BBCK20, BBCW100, BBCW20, BBCW25, BBCW30, BBCW35, BBCW50, BEC100, BECW100, BS15, BS20, BS25, BS30, BS35, BS40, BS45, BS50, BSK20, BSW20, BSW25, BSW30, BSW35, BSW40, BSW45, BSW50

21.) Provinzial Krankenversicherung Hannover

Nicht im Ergebnis: BAu 20, BAu 20A, BAu 30, BAu 30A, BAu 35, BAu 35A, BAu 40, BAu 40A, BAu 45, BAu 45A, BAu 50, BAu 50A, BAZu, BETu, BETuA, BRu 20, BRu 20A, BRu 30, BRu 30A, BRu 35, BRu 35A, BRu 40, BRu 40A, BRu 45, BRu 45A, BRu 50, BRu 50A, BRZu, BWu 100, BWu 100A, BZNu 20, BZNu 20A, BZNu 30, BZNu 30A, BZNu 35, BZNu 35A, BZNu 40, BZNu 40A, BZNu 45, BZNu 45A, BZNu 50, BZNu 50A

22.) R + V Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BB20E, BB30, E1, W120E, W130, W220E, W230

Nicht im Ergebnis: BB20, BB20B, BB30B, BB35, BB35B, BB40, BB40B, BB45, BB45B, BB50, BB50B, BH30, BH30B, BH35, BH35B, BH40, BH40B, BH45, BH45B, BH50, BH50B, E1B, E2, E2B, W100, W100B, W115, W115B, W120, W120B, W125, W125B, W130B, W135, W135B, W150, W150B, W200, W200B, W215, W215B, W220, W220B, W225, W225B, W230B, W235, W235B, W250, W250B

23.) SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): EXKLUSIV-B 20V, EXKLUSIV-B 30, EXKLUSIV-B-E 50, EXKLUSIV-B-ES 50, EXKLUSIV-B-W 20V, EXKLUSIV-B-W 30, KOMFORT-B 20V, KOMFORT-B 30, KOMFORT-B-E 50, KOMFORT-B-W 20V, KOMFORT-B-W 30

Nicht im Ergebnis: EXKLUSIV-B 20, EXKLUSIV-B 30 gr.AWV, EXKLUSIV-B 30 kl.AWV, EXKLUSIV-B 30/15, EXKLUSIV-B 35, EXKLUSIV-B 35/20, EXKLUSIV-B 40, EXKLUSIV-B 40/25, EXKLUSIV-B 45, EXKLUSIV-B 45/30, EXKLUSIV-B 50, EXKLUSIV-B 50/35, EXKLUSIV-B-E 70, EXKLUSIV-B-E 80, EXKLUSIV-B-E 1 50, EXKLUSIV-B-E 1 55, EXKLUSIV-B-E 1 60, EXKLUSIV-B-E 1 65, EXKLUSIV-B-E 1 70, EXKLUSIV-B-E 1 80, EXKLUSIV-B-ES 65, EXKLUSIV-B-ES 70, EXKLUSIV-B-ES 75, EXKLUSIV-B-ES 80, EXKLUSIV-B-ES 85, EXKLUSIV-B-W 100, EXKLUSIV-B-W 15, EXKLUSIV-B-W 20, EXKLUSIV-B-W 25, EXKLUSIV-B-W 35, KlinikUNFALLpur, KOMFORT-B 20, KOMFORT-B 30/15, KOMFORT-B 35, KOMFORT-B 35/20, KOMFORT-B 40, KOMFORT-B 40/25, KOMFORT-B 45, KOMFORT-B 45/30, KOMFORT-B 50, KOMFORT-B 50/35, KOMFORT-B-E 70, KOMFORT-B-E 80, KOMFORT-B-E 1 50, KOMFORT-B-E 1 55, KOMFORT-B-E 1 60, KOMFORT-B-E 1 65, KOMFORT-B-E 1 70, KOMFORT-B-E 1 80, KOMFORT-B-W 100, KOMFORT-B-W 15, KOMFORT-B-W 20, KOMFORT-B-W 25, KOMFORT-B-W 35, R-EXKLUSIV-B 20, R-EXKLUSIV-B 30, R-EXKLUSIV-B 30/15, R-EXKLUSIV-B 35, R-EXKLUSIV-B 35/20, R-EXKLUSIV-B 40, R-EXKLUSIV-B 40/25, R-EXKLUSIV-B 45, R-EXKLUSIV-B 45/30, R-EXKLUSIV-B 50, R-EXKLUSIV-B 50/35, R-EXKLUSIV-B-E 50, R-EXKLUSIV-B-E 70, R-EXKLUSIV-B-E 80, R-EXKLUSIV-B-E 1 50, R-EXKLUSIV-B-E 1 55, R-EXKLUSIV-B-E 1 60, R-EXKLUSIV-B-E 1 65, R-EXKLUSIV-B-E 1 70, R-EXKLUSIV-B-E 1 80, R-EXKLUSIV-B-ES 50, R-EXKLUSIV-B-ES 65, R-EXKLUSIV-B-ES 70, R-EXKLUSIV-B-ES 75, R-EXKLUSIV-B-ES 80, R-EXKLUSIV-B-ES 85, R-EXKLUSIV-B-W 100, R-EXKLUSIV-B-W 15, R-EXKLUSIV-B-W 20, R-EXKLUSIV-B-W 25, R-EXKLUSIV-B-W 30, R-EXKLUSIV-B-W 35, R-KOMFORT-B 35, R-KOMFORT-B 35/20, R-KOMFORT-B 40, R-KOMFORT-B 40/25, R-KOMFORT-B 45, R-KOMFORT-B 45/30, R-KOMFORT-B 50, R-KOMFORT-B 50/35, R-KOMFORT-B-E 50, R-KOMFORT-B-E 70, R-KOMFORT-B-E 80, R-KOMFORT-B-E 1 50, R-KOMFORT-B-E 1 55, R-KOMFORT-B-E 1 60, R-KOMFORT-B-E 1 65, R-KOMFORT-B-E 1 70, R-KOMFORT-B-E 1 80, R-KOMFORT-B-W 100, R-KOMFORT-B-W 15, R-KOMFORT-B-W 20, R-KOMFORT-B-W 25, R-KOMFORT-B-W 30, R-KOMFORT-B-W 35, R-KOMFORT-B-W 50, R-START-B 20, R-START-B 30, R-START-B 50, START-B 20, START-B 20 V, START-B 30, START-B 50

24.) SIGNAL IDUNA Krankenversicherung_a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BE, BE und BE +, BK 20X, BK 30, BS 20X, BS 30, PIT 50

Nicht im Ergebnis: BE, BE, BE und BE +, BK 20, BK 20, BK 20A, BK 20A, BK 30, BK 30A, BK 30A, BK 50A, BK 50A, BKE, BKE, BKE und BE +, BKE und BE +, BS 100, BS 100, BS 100A, BS 100A, BS 20, BS 20, BS 20A, BS 20A, BS 30, BS 30A, BS 30A, BS 50A, BS 50A, PIT 20, PIT 30

25.) Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Nicht im Ergebnis: A 20, A 30, A 35, A 40, A 45, A 50, AE, B, BA 30, BAE, BR 30, BRE, BS 30, BSE, BW, BW2, BZ 30, BZ 50, R 15, R 20, R 25, R 30, R 35, R 40, R 45, R 50, RE, S 15, S 20, S 25, S 30, S 35, S 50, SE, Wu, Z 20, Z 30, Z 35, Z 40, Z 45, Z 50

26.) Union Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BC 20k, BC 20k SB, BC 30, BC 30 SB, BErgänzung+, BKlinik+ 20K, BKlinik+ 30, BZahn+

Nicht im Ergebnis: BC 20, BC 20 SB, BC 30 SB W, BC 30 W, BC 30/15, BC 30/15 SB, BC 35, BC 35 SB, BC 35 SB W, BC 35 W, BC 35/20, BC 35/20 SB, BC 35/20 SB W, BC 35/20 W, BC 40, BC 40 SB, BC 40 SB W, BC 40 W, BC 40/25, BC 40/25 SB, BC 40/25 SB W, BC 40/25 W, BC 45, BC 45 SB, BC 45 SB W, BC 45 W, BC 45/30, BC 45/30 SB, BC 45/30 SB W, BC 45/30 W, BC 50, BC 50 SB, BC 50 SB W, BC 50 W, BC 50/35, BC 50/35 SB, BC 50/35 SB W, BC 50/35 W, BErgänzung+ W, BKlinik+ 100, BKlinik+ 100 W, BKlinik+ 15, BKlinik+ 20, BKlinik+ 20 W, BKlinik+ 25, BKlinik+ 25 W, BKlinik+ 30 W, BKlinik+ 35, BKlinik+ 35 W, BKlinik+ 50, BKlinik+ 50 W, BZahn+ W

27.) uniVersa Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): uni-A 20R, uni-A 30, uni-BZ 50, uni-ST 1/20R, uni-ST 1/30, uni-ST 2/20R, uni-ST 2/30, uni-ST 3/20R, uni-ST 3/30, uni-SZ II plus, uni-ZA 50

Nicht im Ergebnis: uni-A 20, uni-A 20 BBAE, uni-A 30 BBAE, uni-A 35, uni-A 35 BBAE, uni-A 40, uni-A 40 BBAE, uni-A 45, uni-A 45 BBAE, uni-A 50, uni-A 50 BBAE, uni-B Start A 30, uni-B Start A 35, uni-B Start A 40, uni-B Start A 45, uni-B Start A 50, uni-B Start ST 2/20, uni-B Start ST 2/25, uni-B Start ST 2/30, uni-B Start ST 2/35, uni-B Start ST 2/50, uni-B Start ST 3/20, uni-B Start ST 3/25, uni-B Start ST 3/30, uni-B Start ST 3/35, uni-B Start ST 3/40, uni-B Start ST 3/45, uni-B Start ST 3/50, uni-B Start ZA 30, uni-B Start ZA 35, uni-B Start ZA 40, uni-B Start ZA 45, uni-B Start ZA 50, uni-BZ 20, uni-BZ 20 BBAE, uni-BZ 30, uni-BZ 30 BBAE, uni-BZ 50 BBAE, uni-ST 1/20, uni-ST 1/25, uni-ST 1/35, uni-ST 1/50, uni-ST 2/20, uni-ST 2/20 BBAE, uni-ST 2/25, uni-ST 2/25 BBAE, uni-ST 2/30 BBAE, uni-ST 2/35, uni-ST 2/35 BBAE, uni-ST 2/50, uni-ST 2/50 BBAE, uni-ST 3/20, uni-ST 3/20 BBAE, uni-ST 3/25, uni-ST 3/25 BBAE, uni-ST 3/30 BBAE, uni-ST 3/35, uni-ST 3/35 BBAE, uni-ST 3/40, uni-ST 3/40 BBAE, uni-ST 3/45, uni-ST 3/45 BBAE, uni-ST 3/50, uni-ST 3/50 BBAE, uni-SZ, uni-SZ II, uni-SZ II plus, uni-SZ II-E, uni-SZ-E, uni-ZA 20, uni-ZA 20 BBAE, uni-ZA 30, uni-ZA 30 BBAE, uni-ZA 35, uni-ZA 35 BBAE, uni-ZA 40, uni-ZA 40 BBAE, uni-ZA 45, uni-ZA 45 BBAE, uni-ZA 50 BBAE

28.) VRK Krankenversicherung AG

Nicht im Ergebnis: B20, B20 mVW, B201, B201 mVW, B30, B30 mVW, B301, B301 mVW, B35, B40, B45, B50, BAK20, BAK20 mVW, BAK30, BAK30 mVW, BAK35, BAK40, BAK45, BAK50, BAK50 mVW, BAKFam amb 30, BAKFam amb 35, BAKFam amb 40, BAKFam amb 50, BAKFam stat 15, BAKFam stat 20, BAKFam stat 25, BAKFam stat 35, BAR20, BAR20 mVW, BAR30, BAR30 mVW, BAR35, BAR40, BAR45, BAR50, BAR50 mVW, BARFam amb 30, BARFam amb 35, BARFam amb 40, BARFam amb 45, BARFam amb 50, BARFam stat 15, BARFam stat 20, BARFam stat 25, BARFam stat 30, BARFam stat 35, BE1, BE2, BE2A, BE3, BE3A, BEWE, BEWL, BEWLA, BEZE, BFam amb 30, BFam amb 35, BFam amb 40, BFam amb 45, BFam amb 50, BFam stat 15, BFam stat 20, BFam stat 25, BFam stat 30, BFam stat 35

Ambulant

Ärztliche Behandlungen	Wird für ambulante ärztliche Behandlungen geleistet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B30, B20K	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
AA 20, A 30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.

Arznei- und Verbandmittel	Werden Arznei- und Verbandmittel erstattet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel sowie unmittelbar zur Behandlung schwerer Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien (zum Beispiel Stoma- /Tracheostoma-, Inkontinenz-Versorgungsartikel, Applikationshilfen). Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten nicht Geheimmittel, Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Arzneimittel und Verbandmaterial. Es erfolgt keine Erstattung für Nähr- und Stärkungsmittel, vorbeugende/gewohnheitsmäßige Mittel sowie kosmetische Präparate; es sei denn, sie wurden im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen (z.B. parenterale und enterale Ernährung) ärztlich verordnet.
BET PLUS	Nein, keine Leistungen.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Nein, keine Leistungen.
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden. Keine Leistungen erfolgen für Nahrungsmittel (außer Sondennahrung - enterale und parenterale Ernährung); Empfängnisverhütende Mittel; Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, Steigerung der sexuellen Potenz, Verbesserung des Haarwuchses, Raucherentwöhnung und die im Rahmen von Anti-Aging-Behandlung eingesetzt werden, sowie Vitaminpräparate (Ausnahme möglich); Stärkungsmittel; Schlankheits- und Abführmittel; kosmetische Mittel; Mineralwässer und Badezusätze. Wird aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente benötigt, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation (medizinisches Serviceteam).

Ambulante Kuren	Werden ambulante Kurleistungen erstattet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Arzt- und Kurmittelaufwendungen (zum Beispiel Heilmittel, Verbandmittel, Arzneimittel, Kurplanerstellung, Kurtaxe) bei ärztlich verordneter Kurbehandlung oder ärztlich verordneter Sanatoriumsbehandlung. Innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattet der Versicherer bis zu vier Wochen je Tag Aufwendungen bis zu dem Betrag nach der Leistungstabelle.

Ambulante Kuren	Werden ambulante Kurleistungen erstattet?
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
AA 20, A 30	Nein, Versicherer bietet einen separaten Kurtarif an.
BET PLUS	Erstattet werden bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich überwachten ambulanten Kurbehandlung die Kosten für Kurtaxe, Kurplan, ärztliche Behandlung, Arzneien, Kurmittel und physikalische Therapie; pro Versicherungsfall insgesamt bis zu 300 Euro. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für stationäre und ambulante Kurbehandlung werden unter Anrechnung der Beihilfe und der Leistungen aus der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung sowie der Leistungen anderer, bei der ALTE OLDENBURGER bestehenden, Ergänzungsversicherungen für Kurbehandlungen bis zu 100% des Rechnungsbetrages ersetzt, jedoch insgesamt höchstens bis zu 30 Euro pro Tag bzw. 300 Euro pro Versicherungsfall.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Bei einer ärztlich verordneten Kur in einem anerkannten Kur- oder Badeort wird ein Tagegeld von 22 Euro gezahlt. Bei einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung (einschließlich RehaMaßnahmen) beträgt das Tagegeld 35 Euro. Dieses Kurtagegeld wird bis zu einer Dauer von 30 Tagen innerhalb von 3 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren gezahlt.
BS 50T-U	Nein, keine Leistungen.
Beitragsrückerstattung	Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B30, B20K	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden nach 1 Jahr 3 durchschnittliche Monatsbeiträge gezahlt.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20, BET PLUS	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden bei Leistungsfreiheit in allen Tarifen ab dem 1. Jahr 2 Monatsbeiträge (MB), dem 2. Jahr 3 MB, dem 3. Jahr 4 MB des ambulanten Tarifes (ohne gesetzlichen Zuschlag) gezahlt. Vorsorgeuntersuchungen gefährden den Anspruch auf BRE nicht. Bei einem unterjährigen Versicherungsbeginn wird die BRE anteilig berechnet
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Nein.
BS 50T-U	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden ab dem 1. vollständig versicherten, leistungsfreien Jahr 750 Euro gezahlt. Kinder bis Alter 19 250 Euro. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich.
Besonderheiten	Gibt es Besonderheiten?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Dieser Tarif leistet auch für Strahlendiagnostik und -therapie, Präventionskurse (2 pro Kalenderjahr, max. 150 Euro), künstliche Befruchtung (unter best. Voraussetzungen), häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (max. insges. 50 Euro tgl. für bis zu 21 Tage je Versicherungsfall), ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe, verschiedene Aufwendungen in der Schwangerschaft und Entbindung.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
AA 20, A 30	Ja, erstattet werden die Hebammenkosten wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt. Dazu gehören auch die Kosten für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik
BET PLUS	Erstattungsfähig sind beihilfefähige Aufwendungen für eine Haushaltshilfe, max. 28 Tage im Kalenderjahr. Die Erstattung ist begrenzt auf 50 Euro pro Tag.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Dieser Tarif bietet Auslandsreisenschutz für die Dauer von max. 2 Monaten, sowie medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland.
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung), Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen, Sozialpädiatrie und Frühförderung, Soziotherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage. Unter bestimmten Voraussetzungen wird ein Verhaltensbonus für gesundheitsbewußtes Verhalten der versicherten Person gezahlt. Dieser zusätzliche Bonus besteht aus mehreren Bausteinen (Näheres dazu kann jederzeit beim Versicherer eingeholt werden).

Gebührenordnung	Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung verzichtet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B30, B20K	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
AA 20, A 30	Wenn eine entsprechende Begründung vorliegt, werden auch die Aufwendungen über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattet.
BET PLUS	Ja, erstattungsfähig ist bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung durch Ärzte der Teil der Aufwendungen, der die Höchstsätze der GOÄ überschreitet (Differenzkosten), sofern dafür ein tariflicher Anspruch auf Leistung aus der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung besteht.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BS 50T-U, BN1/2 50-U	Erstattung auch über die Höchstsätze hinaus bei gültiger Honorarvereinbarung

Heilmittel	Werden Heilmittel erstattet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Kammern, Hydrotherapie, Heilbäder, Kälte- und Wärmeanwendungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie, podologische Therapien sowie sonstige physikalische Therapien. Heilmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet und von einem staatlich geprüften Angehörigen eines Gesundheitsberufes beziehungsweise Heilhilfsberufes angewandt werden. Für osteopathische Behandlungen ist keine Verordnung notwendig.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für z.B. Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie.
BET PLUS	Erstattungsfähig sind Aufwendungen, sofern ein tariflicher Anspruch auf Leistung aus der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung besteht.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Nein, keine Leistungen.
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder, Ergotherapie und Logopädie und Podologie) nach den in der tariflichen Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.

Heilpraktiker	Werden Heilpraktikerleistungen erstattet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B30, B20K	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für für Leistungen durch Heilpraktiker, die dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
AA 20, A 30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Behandlungen innerhalb des GebÜH.
BET PLUS	Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Arzt für Naturheilverfahren bzw. Arzt für Homöopathie oder anthroposophische Ärzte, für Heilpraktiker im Rahmen des GebÜH bzw. für Ärzte bis zum Höchstsatz der GOÄ.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Erstattet werden im Rahmen des Leistungsversprechen von dem Haupttarif 100% der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Restkosten für Behandlungen bis zum Höchstsatz des GebÜH.
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe 100% der Aufwendungen für Honorare von Heilpraktikern bis zu den Höchstsätzen des GebÜH.

Hilfsmittel	Werden Hilfsmittel erstattet?
Produkt Empfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe medizinisch-technische Mittel, Körperersatzstücke und Geräte, die am Patienten für diagnostische oder therapeutische beziehungsweise lebenserhaltende Zwecke angewandt werden, um Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen zu mildern oder auszugleichen. Darunter fallen Geh- und Stützapparate einschließlich Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrstühle, Orthesen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Mehrkosten für orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Herzschrittmacher, Beatmungsgeräte, Sauerstoffgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Ernährungspumpen und Insulinpumpen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von jeweils 1.500 Euro. Des Weiteren werden Aufwendungen für Blindenführhunde inkl. erforderlicher Trainingsmaßnahmen und Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprach- u. Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist erstattet. Ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 2.000 Euro kann der Versicherungsnehmer vorab eine schriftliche Leistungszusage einfordern. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Erhaltung beziehungsweise Wartung oder Inbetriebnahme von Hilfsmitteln, z. B.: Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör.
Produkt Empfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen u.a. für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Dazu gehören auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) und zur Reparatur oder Wartung der Hilfsmittel, jedoch keine Batterien für Hörgeräte.
BET PLUS	Ja, erstattungsfähig sind Aufwendungen für nicht beihilfefähige Hilfsmittel, sofern ein tariflicher Anspruch auf Leistung aus der beihilfefkonformen Krankheitskostenversicherung besteht. Die Erstattung ist begrenzt auf 500 Euro pro Kalenderjahr.
Produkt Empfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Erstattet werden im Rahmen des Leistungsversprechen 100% der nach Anrechnung evtl. Leistungen der Beihilfe und dem Grundtarif verbleibende Restkosten.
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für elektronische Lesegeräte (max. 2.450 Euro), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien; Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh Eigenanteil von 25 Euro), orthopädische Schuhzurichtungen und Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist; Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen, künstliches Auge), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis max. 520 Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Alopezie totalis, Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben; Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör; Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte; Überwachungsmonitore (z.B. Pulsoximeter, Herzüberwachungsmonitore), Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu- Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Bettnässertherapiegerät (bis max. 120 Euro); Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergikerbettwäsche (= Encasings, max. 200 Euro /Kj), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes; Bewegungsschienen (max. 600 Euro pro Versicherungsfall) und Tens-/EMS-Geräte (max. 150 Euro pro Gerät); Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen erforderlich ist, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt (Hilfsmittel wird über den Versicherer bezogen oder leihweise zur Verfügung gestellt). Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung, ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 80 % des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Weiterhin 80% für Hörgeräte inkl. Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien bis max. 1.450 Euro pro Hörgerät. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis in einigen, im Tarif genannten Fällen keinen Gebrauch.

Häusliche Krankenpflege	Wird für eine häusliche Krankenpflege geleistet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen). Ab einem Rechnungsbetrag von insgesamt 7.000 Euro pro Monat ist die Zahlung der Leistungen von einer vorherigen schriftlichen Zusage des Versicherers abhängig.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder zur Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (zum Beispiel Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, um vorherige Kontaktaufnahme mit dem Versicherer wird gebeten.

Naturheilverfahren	Wird für Naturheilverfahren geleistet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für medizinisch anerkannte Heilmethoden aus dem Bereich der Komplementären Diagnostik und Therapie. Im Rahmen einer Positivliste sind alle dazu gehörenden Verfahren und Einrichtungen aufgelistet und kann jederzeit beim Versicherer angefordert werden. Vor Behandlungsbeginn wird eine Rücksprache mit dem Versicherer empfohlen.
BET PLUS	Nein, keine Leistungen.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BS 50T-U, BN1/2 50-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen bei Behandlungen durch den Arzt oder Heilpraktiker.

Psychotherapie	Wird für Psychotherapie geleistet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden, gemäß der jeweiligen Prozentstufe bis zu 52 durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen approbierten nichtärztlichen in eigener Praxis beziehungsweise in einem medizinischen Versorgungszentrum oder Krankenhaus tätigen Psychologischen Psychotherapeuten oder approbierten nichtärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Der Versicherer leistet nach vorheriger schriftlicher Zusage für weitere Behandlungen im Kalenderjahr nach Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Psychotherapie durch Ärzte. Neben ärztlichen Leistungen können dann auch Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn - nach maximal 5 probatorischen Sitzungen - eine schriftliche Zusage erteilt hat. Eine Begrenzung der Sitzungszahl weist der Tarif nicht auf.
BET PLUS	Nein, keine Leistungen.

Psychotherapie	Wird für Psychotherapie geleistet?
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Nein, keine Leistungen.
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Erstattung je Behandlungsfall beträgt bis zur 30. Sitzung 100%, ab der 31. Sitzung 80%.

Sehhilfen	Werden Sehhilfen erstattet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 Euro. Weiterhin für brechkraftverändernde Augenoperationen (zum Beispiel Lasik-Operationen).
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Brillen oder Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 160 Euro jährlich, darüber hinaus zu einem Drittel. Weiterhin Lasik-Behandlung zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit, die Kosten werden nach Feststellung der Notwendigkeit nach GOÄ abgerechnet.
BET PLUS	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Brillen oder Kontaktlinsen bis zu 160 Euro kalenderjährlich, darüber hinaus zu einem Drittel. Von diesem erstattungsfähigen Gesamtbetrag sind die Beihilfe und die Leistungen aus der Krankheitskostenversicherung abzuziehen.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Erstattet werden im Rahmen des Leistungsversprechens von dem Haupttarif 100% der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Restkosten für Sehhilfen, soweit diese in allgemein gebräuchlicher Ausführung bezogen wurde.
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Brillengläser, Fassungen und Kontaktlinsen innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe wie folgt: Für Einstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro und bei stärker Fehlsichtigkeit bis 600 Euro gezahlt. Für Mehrstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 700 Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 Euro gezahlt. 100% des versicherten Prozentsatzes für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate).

Transportkosten ambulant	Werden die Transportkosten zu einer ambulanten Heilbehandlung erstattet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus - auch zur nachoperativen Behandlung - beziehungsweise zur und von der Heilmittelanwendung, bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit, schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (zum Beispiel Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse), bei Notfällen beziehungsweise Erstversorgung nach Unfall zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie, sofern eine Fahrtauglichkeit ärztlich bescheinigt wird.
BET PLUS	Nein, keine Leistungen.

Transportkosten ambulant	Werden die Transportkosten zu einer ambulanten Heilbehandlung erstattet?
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Nein, keine Leistungen.
BS 50T-U	Erstattet werden 100% des versicherten Prozentsatzes der Aufwendungen für Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. 80% des versicherten Prozentsatzes für Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse zu und von der nächstgelegenen Therapieeinrichtung. 100% bei Organisation durch den Versicherer.

Vorsorgeuntersuchungen	Wird für Vorsorgeuntersuchungen geleistet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) unabhängig von Altersgrenzen. Darüber hinaus werden Aufwendungen für eine weitere gezielte Vorsorgeuntersuchung pro Kalenderjahr erstattet.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
AA 20, A 30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für gezielte, medizinisch anerkannte Vorsorgeprogramme bis max. 160 Euro im Jahr, darüber hinaus zu einem Drittel. Check up: Nein.
BET PLUS	Nein, keine Leistungen.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Nein, keine Leistungen.
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Einhaltung von Altersgrenzen.

Schutzimpfungen	Werden Schutzimpfungen erstattet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden. Dies gilt nicht für Schutzimpfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise vorgenommen werden.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Impfungen, die jeweils von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
BET PLUS	Ja, erstattungsfähig sind nicht beihilfefähige Aufwendungen für Reiseschutzimpfungen einschließlich Malariaphylaxe und die entsprechenden Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) bis zu 150 Euro je Kalenderjahr.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BN1/2 50-U	Nein, keine Leistungen.
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Schutzimpfungen die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.

Entziehungsmaßnahmen	Werden Entziehungsmaßnahmen erstattet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für bis zu drei ambulante/ stationäre Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen. Darüber hinaus mit schriftlicher Zusage, diese kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Voraussetzung ist, dass dafür eine geeignete Einrichtung, die über eine Rehabilitationskonzeption verfügt, die wissenschaftlich begründet ist und unter anderem Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden 80% der Aufwendungen für ambulante Entziehungsmaßnahmen, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung und der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Erstattet wird für maximal drei ambulante Entziehungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit.
BET PLUS	Nein, keine Leistungen.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe, berechnet aus 80%, die Aufwendungen für Entziehungs-/ Entwöhnungsmaßnahmen. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf max. 3 Maßnahmen begrenzt. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Zusage, es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger, es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung und es besteht hinreichende Erfolgsaussicht. Für Entziehungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht besteht kein Leistungsanspruch.

Palliativbehandlung	Wird für nicht- ärztliche ambulante palliative Versorgung geleistet?
Produktempfehlung 1: Debeka	
B20K, B30	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante Hospizleistungen, wenn diese durch palliativ-medizinisch ausgerichtete ambulante Einrichtungen erbracht werden. Außerdem erstattet der Versicherer Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 30, AA 20	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für über die Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Kosten sind in dem Rahmen erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre bzw. innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegt.
BET PLUS	Nein, keine Leistung.
Produktempfehlung 3: DBV (AXA)	
BS 50T-U	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Stationär

<p>Debeka WL20K, WL30, B30, B20K</p>	<p>Alte Oldenburger K 530, K/ S, KK 52, K 330, KK 32, BET PLUS</p>	<p>DBV (AXA) BWE- U, BW2 50T- U, B3 50T- U, BN1/ 2 50- U</p>
<p>Ausgleichs-KHT - Werden Ausgleichsleistungen bei Nichtanspruchnahme von Wahlleistungen erstattet?</p>		
<p>B30, B20K - Dieser Punkt entfällt. Wahlleistungen sind nicht versichert. WL20K - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 10 Euro gezahlt. WL30 - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 15 Euro gezahlt.</p>	<p>K 330, KK 32 - Nein, keine Leistungen. K 530 - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 14,40 Euro gezahlt. K/S - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 16 Euro gezahlt. KK 52 - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 9,60 Euro gezahlt.</p>	<p>B3 50T-U - Nein, keine Leistungen. BW2 50T-U - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 44 Euro gezahlt. BWE-U - Bei Verzicht auf eine bessere Unterbringung in einem 1-Bettzimmer wird ein KHT von 25 Euro gezahlt.</p>
<p>Beitragsrückerstattung - Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?</p>		
<p>Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden nach 1 Jahr 3 durchschnittliche Monatsbeiträge gezahlt.</p>	<p>Erfolgsabhängig.</p>	<p>Nein.</p>
<p>Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?</p>		
<p>B20K, B30 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe verschiedene Leistungen bei Knochenmark- und Lebendorganspenden. Weiterhin leistet der Versicherer bei eines nach diesem Tarif versicherten Kindes (10. Lebensjahr noch nicht vollendet) für die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen. WL30, WL20K - Erstattet werden die Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsbehandlungen.</p>	<p>BET PLUS - Begleitperson im Krankenhaus (Rooming in): Für versicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird eine Pauschale in Höhe von 30,- EUR pro Tag für die Dauer von bis zu 14 Tagen pro Krankenhausaufenthalt gewährt, sofern die Begleitung durch ein Elternteil während des Krankenhausaufenthaltes medizinisch notwendig ist. K 330, KK 32 - Erstattet wird die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten in einem Zweibettzimmer. K 530 - Der Tarif bietet anstelle tariflicher Leistungen eine Entbindungspauschale in Höhe von 153,60 Euro. K/S - Es wird eine Entbindungspauschale in Höhe von 103 Euro gezahlt. Der Tarif kann nur zusätzlich zu einem Stationärtarif mit Versicherungsschutz für Unterbringung in einem Zweibettzimmer bestehen und endet mit diesem. KK 52 - Der Tarif bietet anstelle tariflicher Leistungen eine Entbindungspauschale in Höhe von 102,40 Euro.</p>	<p>B3 50T-U - Dieser Tarif leistet auch für teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung, voll- und teilstationäre Hospizversorgung sowie für medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland. Für eine Kindernachversicherung erhält der Versicherungsnehmer einen Bonus in Höhe der Normalbeiträge des Kindes für die ersten 12 Lebensmonate, wenn der VN seit mind. 12 Monaten vor der Geburt bereits versichert war. Dies gilt für die Tarife der Tarifgruppe B-U und den Tarif KHT-U. Unter bestimmten Voraussetzungen wird ein Verhaltensbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person gezahlt. Dieser zusätzliche Bonus besteht aus mehreren Bausteinen (Näheres dazu kann jederzeit beim Versicherer eingeholt werden). BW2 50T-U - Dieser Tarif leistet auch für teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung und für medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland. Weiterhin Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern (max. 5 Tage und je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer), wenn das Kind das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet und die Kosten sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten. BWE-U - Dieser Tarif leistet auch für teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung sowie für medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland.</p>

Debeka WL20K, WL30, B30, B20K	Alte Oldenburger K 530, K/ S, KK 52, K 330, KK 32, BET PLUS	DBV (AXA) BWE- U, BW2 50T- U, B3 50T- U, BN1/ 2 50- U
Gebührenordnung - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung verzichtet?		
<p>Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ.</p>	<p>BET PLUS - Ja, erstattungsfähig ist bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung durch Ärzte der Teil der Aufwendungen, der die Höchstsätze der GOÄ überschreitet (Differenzkosten), sofern dafür ein tariflicher Anspruch auf Leistung aus der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung besteht.</p> <p>K 330, KK 32, K/S, K 530, KK 52 - Wenn eine entsprechende Begründung vorliegt, wird auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattet.</p>	<p>B3 50T-U - Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ. In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen leistet der Versicherer nach vorheriger Zusage auch über den Höchstsatz.</p> <p>BW2 50T-U - Für vom Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen werden auch ohne vorherige Zusage über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" getroffen wurde. Der Versicherer erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten.</p> <p>BWE-U - entfällt.</p>
Stationäre Kuren - Werden stationäre Kurleistungen erstattet?		
<p>B20K, B30 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Arzt- und Kurmittelaufwendungen (zum Beispiel Heilmittel, Verbandmittel, Arzneimittel, Kurplanerstellung, Kurtaxe) bei ärztlich verordneter Kurbehandlung oder ärztlich verordneter Sanatoriumsbehandlung. Innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattet der Versicherer bis zu vier Wochen je Tag Aufwendungen bis zu dem Betrag nach der Leistungstabelle.</p> <p>WL30, WL20K - Nein, keine Leistungen.</p>	<p>Nein, Versicherer bietet einen separaten Kurtarif an.</p>	<p>BN1/2 50-U - Bei einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung in Krankenhäusern (Sanatorien) beträgt das Tagegeld 35 Euro. Dieses Kurtagegeld wird bis zu einer Dauer von 30 Tagen innerhalb von 3 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren gezahlt.</p> <p>BWE-U, B3 50T-U, BW2 50T-U - Nein, keine Leistungen.</p>
Anschlussheilbehandlung - Leistet der Tarif für Anschlussheilbehandlung?		
<p>B20K, B30 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) oder medizinische Rehabilitation (Reha). Die AHB muss unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig sein. Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die Maßnahme innerhalb von 28 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus medizinischen Gründen (zum Beispiel nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) nicht möglich. Als medizinische Reha gelten nicht Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Reha-Maßnahmen, die von den gesetzlichen Reha-Trägern übernommen werden.</p> <p>WL30, WL20K - Nein, keine Leistungen.</p>	<p>Ja, erstattet wird für Anschlussheilbehandlung, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde. Eine Zusage ist nicht nötig.</p>	<p>Ja, erstattet wird für Anschlussheilbehandlung im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung, wenn sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt (bei bestimmten Diagnosen). Die Frist von 4 Wochen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen verlängert werden. Eine Zusage ist nicht nötig.</p>

Debeka WL20K, WL30, B30, B20K	Alte Oldenburger K 530, K/ S, KK 52, K 330, KK 32, BET PLUS	DBV (AXA) BWE- U, BW2 50T- U, B3 50T- U, BN1/ 2 50- U
Stationäre Kostenerstattung - Welche Kostenerstattung sieht der Tarif bei einer stationären Heilbehandlung vor?		
<p>B30, B20K - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der Leistungen eines Belegarztes, des Entbindungspflegers und der Hebamme.</p> <p>WL30, WL20K - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die Wahlleistungen zur gesonderten Unterbringung im 2-Bettzimmer einschließlich der gesondert berechnbaren Leistungen der privatärztlichen Behandlung.</p>	<p>K 530, KK 52 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für die Wahlleistungen zur gesonderten Unterbringung im 2-Bettzimmer einschließlich der gesondert berechnbaren Leistungen der privatärztlichen Behandlung und Hebammenkosten.</p> <p>K/S - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die verbleibenden Differenzkosten bei stationärer Krankenhausbehandlung für Unterkunft im Einbettzimmer nach Abzug der Kosten für Unterbringung im Zweibettzimmer.</p> <p>KK 32, K 330 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der gesondert berechnbaren Leistungen eines Belegarztes und einer freiberuflichen Hebamme. Dazu zählen voll- und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen und vor- und nachstationäre Behandlungen.</p>	<p>B3 50T-U - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme und des -entbindungspflegers.</p> <p>BW2 50T-U - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die Wahlleistungen zur gesonderten Unterbringung im 2-Bettzimmer einschließlich der gesondert berechnbaren Leistungen der privatärztlichen Behandlung und Hebammenkosten.</p> <p>BWE-U - Erstattet werden 100% der verbleibenden Aufwendungen für die gesonderte Unterbringung im 1-Bettzimmer.</p>
Transportkosten stat. - Werden die Transportkosten zu einer stationären Behandlung erstattet?		
<p>B30, B20K - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus.</p> <p>WL30, WL20K - Nein, keine Leistungen.</p>	<p>K 330, KK 32, K 530, KK 52 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Transportkosten zum nächsten für die Behandlung geeigneten Krankenhaus mit je nach Lage des Falls geeigneten Mitteln.</p> <p>K/S - Nein, keine Leistungen.</p>	<p>B3 50T-U - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für einen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.</p> <p>BWE-U, BW2 50T-U - Nein, keine Leistungen.</p>
Stationäre Psychotherapie - Welche Kostenerstattung sieht der Tarif bei einer stationären Psychotherapie vor?		
<p>Die stationäre Psychotherapie ist gemäß den AVB nicht explizit ausgeschlossen, d.h. bei einer medizinischen Notwendigkeit wird daher im tariflichen Umfang geleistet.</p>	<p>Die stationäre Psychotherapie ist gemäß den AVB nicht explizit ausgeschlossen, d.h. bei einer medizinischen Notwendigkeit wird daher im tariflichen Umfang geleistet.</p>	<p>Die stationäre Psychotherapie ist gemäß den AVB nicht explizit ausgeschlossen, d.h. bei einer medizinischen Notwendigkeit wird daher im tariflichen Umfang geleistet.</p>
Entziehungsmaßnahmen - Werden Entziehungsmaßnahmen erstattet?		
<p>B20K, B30 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für bis zu drei Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen für Allgemeine Krankenhausleistungen. Darüber hinaus mit schriftlicher Zusage, diese kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Voraussetzung ist, dass dafür eine geeignete Einrichtung, die über eine Rehabilitationskonzeption verfügt, die wissenschaftlich begründet ist und unter anderem Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält.</p> <p>WL30, WL20K - Nein, keine Leistungen.</p>	<p>Erstattet werden 80% der Aufwendungen für stationäre Entziehungsmaßnahmen der Allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die versicherte Person darf keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung haben. Erstattet wird für maximal drei Entziehungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit.</p>	<p>Erstattet werden 80% gemäß der jeweiligen Prozentstufe für Entziehungs-/ Entwöhnungsmaßnahmen (Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen. Ein Anspruch auf etwaige versicherte Wahlleistungen oder Krankenhaustagegelder besteht für diese Behandlung nicht.) Der Anspruch ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf max. 3 Maßnahmen begrenzt. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Zusage, es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger, es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung und es besteht hinreichende Erfolgsaussicht. Für Entziehungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht besteht kein Leistungsanspruch.</p>

Debeka WL20K, WL30, B30, B20K	Alte Oldenburger K 530, K/ S, KK 52, K 330, KK 32, BET PLUS	DBV (AXA) BWE- U, BW2 50T- U, B3 50T- U, BN1/ 2 50- U
Hospizbehandlung - Wird für Versorgung in einem stationären Hospiz geleistet?		
B20K, B30 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für stationäre Hospizleistungen, für versicherte Personen, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen unter Anrechnung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie der privaten Pflegepflichtversicherung. Erstattet wird für Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegeverordnung (BPfIV) beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), wenn eine Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht gewährleistet werden kann. WL30, WL20K - Nein, keine Leistungen.	K 530, KK 52 - Nein, keine Leistungen. KK 32, K 330 - Erstattet werden die nach Vorleistung der Pflegeversicherungen verbleibenden Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.	Erstattet wird gemäß der jeweiligen Prozentstufe für voll- oder teilstationäre Hospizversorgung.

Dental

Debeka B20K, B30, BG	Alte Oldenburger Z 30, ZZ 20, BET PLUS	DBV (AXA) BZ 50- U, BN1/ 2 50- U
Zahnärztliche Behandlung - In welchem Umfang wird für Zahnbehandlung geleistet?		
B20K, B30 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Konservierende Zahnbehandlung (z. B. Inlays und Onlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen. Weiterhin Zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, Strahlendiagnostik und prophylaktische Leistungen. BG - Keine Leistungen.	BET PLUS - Keine Leistungen. Z 30, ZZ 20 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für allgemeine, prophylaktische, konservierende (z. B. Einlagefüllungen/Inlays, Wurzelbehandlungen), chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (Parodontosebehandlung).	BN1/2 50-U - Keine Leistungen. BZ 50-U - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Zahnbehandlung (einschließlich Röntgenaufnahmen), Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung.
Professionelle Zahnreinigung - In welchem Umfang wird für professionelle Zahnreinigung/Prophylaxe geleistet?		
Dieser Tarif bietet keine Leistungen in diesem Bereich.		
Zahnersatz - In welchem Umfang wird für Zahnersatz geleistet?		
B30, B20K - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für prothetische Leistungen, Kronen und Brücken einschließlich deren Verblendungen, Prothesen. Weiterhin für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen. BG - Keine Leistungen.	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Zahnersatz. Hierzu gehören auch prothetische Leistungen (z.B. auch Brücken und Prothesen).	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Zahnersatz (auch Reparaturen).
Kieferorthopädie - Wie hoch ist der Erstattungssatz für kieferorthopädische Maßnahmen?		
B30, B20K - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Kieferorthopädische Leistungen (Kieferregulierungen). BG - Keine Leistungen.	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Kieferorthopädie und Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie).	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen (auch wenn diese von Ärzten vorgenommen werden).

Debeka B20K, B30, BG	Alte Oldenburger Z 30, ZZ 20, BET PLUS	DBV (AXA) BZ 50- U, BN1/ 2 50- U
Material- und Laborkosten - Werden Material- und Laborkosten erstattet?		
<p>B30, B20K - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Material- und Laborkosten und besonders berechenbare Praxiskosten.</p> <p>BG - Erstattet werden 100% der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Restkosten für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen.</p>	<p>BET PLUS - Erstattet werden 100% der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Restkosten für Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung.</p> <p>Z 30, ZZ 20 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Material- und Laborkosten.</p>	<p>BN1/2 50-U - Erstattet werden im Rahmen des Leistungsversprechen von dem Haupttarif 100% der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Restkosten für allgemeine Material- und Laborkosten bis zu den in der jeweiligen Sachkostenliste aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p>BZ 50-U - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten bis zu den in der jeweiligen Sachkostenliste aufgeführten Höchstbeträgen</p>
Inlays - Werden Einlagefüllungen (Inlays) erstattet?		
<p>B30, B20K - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Inlays im Rahmen der Leistungen für Zahnbehandlung.</p> <p>BG - Erstattet werden 100 % der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Restkosten für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen bei der Versorgung mit Inlays.</p>	<p>Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Inlays einschließlich der dazugehörigen notwendigen Material- und Laborkosten.</p>	<p>Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Inlays im Rahmen der Leistungen für Zahnersatz.</p>
GOZ Zahnersatz - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung bei Zahnersatz verzichtet?		
<p>B30, B20K - Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ.</p> <p>BG - Generell erfolgt die Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ. Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ/GOZ aufgeführt werden, können vom Versicherer freiwillig Leistungen erbracht werden.</p>	<p>Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ.</p>	<p>BN1/2 50-U - Dieser Punkt entfällt, da aus diesem Tarif nur Sachleistungen erstattet werden.</p> <p>BZ 50-U - Erstattung auch über die Höchstsätze hinaus bei gültiger Honorarvereinbarung</p>
Beitragsrückerstattung - Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?		
<p>B30, B20K - Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden nach 1 Jahr 3 durchschnittliche Monatsbeiträge gezahlt.</p> <p>BG - Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden nach 1 Jahr 1 Monatsbeitrag gezahlt.</p>	<p>Erfolgsabhängig.</p>	<p>Nein.</p>
Heil- und Kostenplan - Ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen?		
<p>B30, B20K - Ja, bei Behandlungen mit voraussichtlichen Gesamtkosten von mehr als 10.000 Euro ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen.</p> <p>BG - Nein.</p>	<p>BET PLUS - Nein.</p> <p>Z 30, ZZ 20 - Wird vor Behandlungsbeginn kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, reduziert sich der Erstattungssatz für Zahnersatz und Kieferorthopädie um 20%.</p>	<p>Nein.</p>

Debeka B20K, B30, BG	Alte Oldenburger Z 30, ZZ 20, BET PLUS	DBV (AXA) BZ 50- U, BN1/ 2 50- U
Zahnstaffel - Sieht der Tarif eine Zahnstaffel vor?		
<p>B30, B20K - Dieser Tarif sieht keine Begrenzung in Form einer Staffelung vor.</p> <p>BG - Bei zahntechnischen Laborleistungen gilt: In den ersten 3 Kalenderjahren zusammen bis max. 2.250 Euro, ab dem 4. Kalenderjahr jeweils bis zu 6.150 Euro.</p>	<p>BET PLUS - In den ersten drei Kalenderjahren wird höchstens bis zu 500 Euro je Kalenderjahr geleistet. Ab dem 4. Kalenderjahr gilt die volle tarifliche Leistung ohne Summenbegrenzung.</p> <p>Z 30, ZZ 20 - Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlays gilt: Im 1. Kalenderjahr (Kj) begrenzt auf 1.000 Euro, im 1.-2. Kj auf insgesamt 1.500 Euro, im 1.-3. Kj auf insgesamt 2.000 Euro. Danach ohne Summenbegrenzung.</p>	<p>Dieser Tarif sieht keine Begrenzung in Form einer Staffelung vor.</p>
Wegfall der Zahnstaffel bei Unfall - Entfällt die mögliche Zahnstaffel bei Unfall?		
<p>B30, B20K - Da dieser Tarif keine Begrenzungen in Form einer Staffelung vorsieht, entfällt die Fragestellung.</p> <p>BG - Ja.</p>	<p>Ja.</p>	<p>Da dieser Tarif keine Begrenzungen in Form einer Staffelung vorsieht, entfällt die Fragestellung.</p>
Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?		
<p>B30, B20K - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen professionelle Zahnreinigung bis zu zweimal im Kalenderjahr.</p> <p>BG - Dieser Tarif bietet Auslandsreisenschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung sowie Rücktransport aus dem Ausland, Überführung und Bestattung.</p>	<p>Der Versicherer erhebt generell einen Risikozuschlag von 6 Euro für fehlende nicht ersetzte Naturzähne. Wahlweise kann jedoch auch ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Wenn mehr als 3 Zähne fehlen, wird ein Zahnstatus verlangt, um eine Einzelfallprüfung vornehmen zu können.</p>	<p>BN1/2 50-U - Nein.</p> <p>BZ 50-U - Die medizinisch notwendigen Aufwendungen werden auch dann erstattet, wenn diese durch Ärzte durchgeführt werden, sowie andere Behandlungen durch Zahnärzte, auch wenn diese im Rahmen stationärer Behandlung erfolgen.</p>
Implantate - Wie werden Implantate erstattet?		
<p>B30, B20K - Implantate werden wie Zahnersatz ohne weitere Einschränkungen erstattet.</p> <p>BG - Erstattet werden 100 % der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Restkosten für besonders berechnete implantologische Laborleistungen.</p>	<p>BET PLUS - Erstattet werden 100% der Aufwendungen der Material- und Laborkosten für Implantate.</p> <p>Z 30, ZZ 20 - Implantate werden wie Zahnersatz ohne weitere Einschränkungen erstattet.</p>	<p>Implantate werden wie Zahnersatz bis zu den in der jeweiligen Sachkostenliste aufgeführten Höchstbeträgen erstattet.</p>
GOZ Behandlung - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung bei Zahnbehandlung verzichtet?		
<p>B30, B20K - Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ.</p> <p>BG - Dieser Punkt entfällt, da keine Leistung für Zahnbehandlung aus diesem Tarif erfolgt.</p>	<p>Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ.</p>	<p>BN1/2 50-U - Dieser Punkt entfällt, da keine Leistung für Zahnbehandlung aus diesem Tarif erfolgt.</p> <p>BZ 50-U - Eine Erstattung erfolgt auch über den Höchstsatz der GOÄ / GOZ hinaus.</p>

Krankenhaustagegeld

Debeka KHT	Alte Oldenburger KHT	DBV (AXA) KHT- U
Teilstationäre Behandlung - Wird auch bei teilstationärer Behandlung gezahlt?		
Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistung bei teilstationärer Behandlung.	Nein, keine Leistungen.
Entbindung - Wird auch bei einer stationären Entbindung gezahlt?		
Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird bei einer medizinisch notwendigen stationären Entbindung gezahlt.	Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird auch bei einer medizinisch notwendigen Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung gezahlt.	Im Rahmen der jeweiligen Staffelung (Stufen 1-20) wird bei einer medizinisch notwendigen stationären Entbindung das vereinbarte Krankenhaustagegeld gezahlt.
Beitragsrückerstattung - Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?		
Nein.	Erfolgsabhängig.	Erfolgsabhängig.
Wegfall der zeitl. Begrenzung - Entfällt die zeitliche Begrenzung?		
Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.	Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.	Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.
Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?		
Nein.	Nein.	Nein.

Allgemein

Debeka WL30, B30, BG, KHT, B20K, WL20K	Alte Oldenburger BET PLUS, K 330, AA 20, KHT, KK 32, A 30, K/ S, K 530, KK 52, Z 30, ZZ 20, PVB	DBV (AXA) BZ 50- U, BS 50T- U, BWE- U, B3 50T- U, BW2 50T- U, BN1/ 2 50- U, KHT- U
Geltungsbereich - Wie lange besteht Versicherungsschutz bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?		
Generell sieht der Tarif Weltgeltung ohne besondere Vereinbarungen vor.	Während der ersten 3 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht ohne eine besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Ist ein längerer Aufenthalt nötig, können besondere Vereinbarungen getroffen werden.	BZ 50-U, BS 50T-U, BWE-U, B3 50T-U, BW2 50T-U, BN1/2 50-U - Es besteht weltweiter Versicherungsschutz für die ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes. Ab dem 7. Monat (Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes) besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn hierüber zuvor mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung getroffen wurde. Bei rechtzeitiger Antragstellung verpflichtet sich der Versicherer eine solche Vereinbarung zu treffen, diese kann sowohl befristet sein als auch einen angemessenen Beitragszuschlag beinhalten. Vor Ablauf der Befristung kann erneut ein Antrag auf Weiterführung gestellt werden, den der Versicherer wieder annehmen wird. Auch eine erneute besondere Vereinbarung kann dann wieder befristet werden bzw. einen angemessenen Beitragszuschlag enthalten. KHT-U - Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland, wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld ohne eine besondere Vereinbarung gezahlt. Bei medizinischer Notwendigkeit wird dieser auf max. weitere 2 Monate hinaus ausgedehnt.
Kündigungstermin - Ist der 31.12. des Jahres der mögliche Kündigungstermin?		
Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Ende des Versicherungsjahres.	Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Ende des Versicherungsjahres (Vj).	Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Ende des Kalenderjahres.
Mindestlaufzeit des Vertrages - Wie lang ist die Mindestlaufzeit des Vertrages?		
2 Jahre.	2 Jahre.	BW2 50T-U - Der Vertrag läuft solange, bis die Ausbildung oder das Studium abgeschlossen ist, jedoch max. bis zum Wegfall der Beihilfe bzw. bis zum Erreichen des vollendeten 34. Lebensjahres. BZ 50-U, BWE-U, KHT-U, BS 50T-U, BN1/2 50-U, B3 50T-U - 2 Jahre.
niedrigere SB für Kinder - Ist die Selbstbeteiligung bei Kindern und Jugendlichen hälftig?		
Da diese Stufe des Tarifes keine absolute Selbstbeteiligung vorsieht, entfällt die Fragestellung.	Da diese Stufe des Tarifes keine absolute Selbstbeteiligung vorsieht, entfällt die Fragestellung.	Da diese Stufe des Tarifes keine absolute Selbstbeteiligung vorsieht, entfällt die Fragestellung.
Tariflicher Selbstbehalt - Auf welche Teilbereiche bezieht sich der tariflich vereinbarte Selbstbehalt?		
Dieser Punkt entfällt, da die Tarifstufe keinen absoluten Selbstbehalt vorsieht.	Dieser Punkt entfällt, da die Tarifstufe keinen absoluten Selbstbehalt vorsieht.	Dieser Punkt entfällt, da die Tarifstufe keinen absoluten Selbstbehalt vorsieht.

Debeka WL30, B30, BG, KHT, B20K, WL20K	Alte Oldenburger BET PLUS, K 330, AA 20, KHT, KK 32, A 30, K/ S, K 530, KK 52, Z 30, ZZ 20, PVB	DBV (AXA) BZ 50- U, BS 50T- U, BWE- U, B3 50T- U, BW2 50T- U, BN1/ 2 50- U, KHT- U
Wartezeitlerlass - Wird auf die Wartezeiten verzichtet oder erfolgt eine Anrechnung?		
<p>BG - Ein Verzicht der Wartezeiten erfolgt aufgrund besonderer Vereinbarung, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. Bei unfallbedingten Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen auch die besonderen Wartezeiten. Bei einem unvorhergesehenen eintretenden Versicherungsfall verzichtet der Versicherer auf Wartezeiten für Leistungen bei Auslandsreisen.</p> <p>KHT - Ein Verzicht der Wartezeiten erfolgt aufgrund besonderer Vereinbarung, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. Bei Versicherungsleistungen für Schwangerschaft und Entbindung gelten die allgemeinen Wartezeiten.</p> <p>WL20K, WL30, B20K, B30 - Ein Verzicht der Wartezeiten erfolgt aufgrund besonderer Vereinbarung, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. Bei Versicherungsleistungen für Schwangerschaft und Entbindung gelten die allgemeinen Wartezeiten. Bei unfallbedingten Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen auch die besonderen Wartezeiten.</p>	<p>BET PLUS - Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen. Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.</p> <p>KK 32, KHT, K 530, KK 52, K 330, A 30, K/S, AA 20 - Ein Verzicht oder Anrechnung von Wartezeiten erfolgt, wenn die zu versichernde Person aus einer seitens des Versicherers ungekündigten Krankenvollversicherung wechselt. Ist dies nicht der Fall, können die Wartezeiten durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses erlassen werden. Bei Wechsel aus der GKV wird die dort ununterbrochene zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.</p> <p>Z 30, ZZ 20 - Ein Verzicht oder Anrechnung von Wartezeiten erfolgt, wenn die zu versichernde Person aus einer seitens des Versicherers ungekündigten Krankenvollversicherung wechselt. Ist dies nicht der Fall, können durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses die Wartezeiten erlassen werden, jedoch mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen.</p>	<p>Der Versicherer verzichtet auf die allgemeine und besondere Wartezeit.</p>
Optionstarif - Handelt es sich um einen Optionstarif?		
Nein.	Nein.	<p>BS 50T-U, B3 50T-U - Ja, zu bestimmten Ereignissen (erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit, Eheschließung -einmalig, Geburt/Adoption eines Kindes, Beginn der Berufsausbildung eines Kindes, Wegfall des letzten Kindes aus der Beihilfe). Umstellungsantrag aus Anlass einer Geburt/Adoption innerhalb von 3 Monaten; ansonsten 2 Monate ab Eintritt des Ereignisses. Personen, die erstmalig eine Vollversicherung beim Versicherer abschließen (gilt nicht bei Kindernachversicherung), können zudem einmalig zum 01.01. des 6. Versicherungsjahres umstellen, wenn der Tarif fünf Versicherungsjahre bestanden hat.</p> <p>BZ 50-U, KHT-U, BN1/2 50-U - Nein.</p>

Debeka WL30, B30, BG, KHT, B20K, WL20K	Alte Oldenburger BET PLUS, K 330, AA 20, KHT, KK 32, A 30, K/ S, K 530, KK 52, Z 30, ZZ 20, PVB	DBV (AXA) BZ 50- U, BS 50T- U, BWE- U, B3 50T- U, BW2 50T- U, BN1/ 2 50- U, KHT- U
Dauerhafter Wegzug ins Ausland - Ist die Fortführung des Versicherungsschutzes bei einem dauerhaften Wegzug ins außereuropäische Ausland möglich?		
<p>Ja, verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der EU oder Vertragsstaat des Abkommens über den EWR, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, welche er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben. Er erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen. Verlegt die Versichert Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als EU/EWR, kann das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt werden (z. B. Beitragszuschlag). Der Versicherte muss den Versicherer innerhalb von 3 Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes davon unterrichten und dessen Konto und die Korrespondenzadresse müssen in einem Mitgliedsstaat der EU, einem Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz liegen.</p>	<p>KK 32, KK 52, Z 30, ZZ 20, BET PLUS, A 30, K/S, AA 20, K 330 - Ja, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der EU oder in einen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR, so ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb von 2 Monaten nach Verlegung) entfällt die Begrenzung gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat außerhalb der EU/EWR, kann das Versicherungsverhältnis mit einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt werden (z. B. angemessenen Beitragszuschlag).</p> <p>PVB - Nein.</p>	<p>Ja, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der EU oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR, so besteht Versicherungsschutz während der ersten 6 Monate ohne Leistungsbegrenzung. Darüber hinaus nur mit besonderer Vereinbarung und ggf. mit einem Beitragszuschlag, bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb der EU/des EWR besteht unter der Voraussetzung Versicherungsschutz, dass der Versicherungsvertrag seit mind. 12 Monaten besteht, der Versicherungsnehmer über eine Postanschrift in Deutschland sowie eine deutsche Kontoverbindung verfügt (sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht). In den ersten 6 Monaten ohne besondere Vereinbarung, darüber hinaus nur mit besonderer Vereinbarung und ggf. mit einem Beitragszuschlag.</p>

Erklärungen zu den verwendeten Fachbegriffen und Abkürzungen

Abs.= absolute Selbstbeteiligung

Ambulant / Ambulante Behandlung / ambulanter Tarif:

Betrifft sämtliche Kosten, die den Hausarzt, Facharzt, Heilpraktiker betreffen.
Hierzu gehören auch Vorsorge und Behandlung in der Ambulanz des Krankenhauses.

BRE = Beitragsrückerstattung

Garantierte Beitragsrückerstattung

Wenn man leistungsfrei bleibt, d.h. keine Rechnungen oder Rezepte eingereicht hat, erhält man einen gewissen Teil der Beiträge zurück.

Erfolgsabhängige BRE

Im Gegensatz zur garantierten BRE richtet sich die Beitragsrückerstattung nach dem wirtschaftl. Erfolg des jeweiligen Versicherers.

Dental / Dentale Behandlung / dentaler Tarif

Beinhaltet die Behandlung durch den Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden. Es werden prozentuale Erstattungssätze festgelegt.

Effektivbeitrag

Der Gesamtbeitrag abzüglich des Arbeitgeberanteils.

Effektivbeitrag inkl. SB

Der Gesamtbeitrag abzüglich des AG-Anteils und der jährlichen SB durch 12.

Beispiel:

Gesamtbeitrag 250 €, jährliche SB 600 €.
 $250/2 = 125€ + (600/12) = 175€$ monatlich.

Effektivbeitrag abzüglich garantierter BRE

Der Gesamtbeitrag abzüglich einer vom Versicherer garantierten Beitragsrückzahlung, die gezahlt wird, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen wurden.

Gesetzl. 10%-Zuschlag

Seit dem 01.01.2000 wird auf alle Krankenversicherungen ein 10%iger gesetzlicher Zuschlag zur Beitragsentlastung im Alter von allen privaten Krankenversicherungsunternehmen erhoben.

Das Ziel des Zuschlags ist, den Beitrag ab dem Rentenalter (65 Jahre) auf dem dann bestehenden Niveau zu halten.

Gezahlt wird bis zum 60. Lebensjahr. Der Versicherungsnehmer erhält auf die gezahlten Sparszuschläge eine garantierte Verzinsung von 3,5% pro Jahr.

GOÄ = Gebührenordnung Ärzte, GOZ = Gebührenordnung Zahnärzte

Rechtsgrundlage für die Berechnung der ärztlichen Leistungen in der PKV. Ein komplettes Verzeichnis aller ärztlichen Verrichtungen, die gegenüber dem Patienten abgerechnet werden können. Aufgeführt ist die Bezeichnung der Leistung, eine Gebührenziffer, und ein bestimmter Euro-Wert als Basissatz dafür.

Es gibt Tarife, die Regelleistung anbieten, viele bieten die Kostenerstattung bis zum Höchstsatz der GO und einige verzichten auf Einhaltung der GO.

GRG = Gesundheitsreformgesetz

Karenzzeit

Dies ist der Zeitraum zwischen dem Beginn des Versicherungsfalles und dem Einsetzen der Leistungspflicht. Die Beitragszahlung entfällt jedoch sofort. Wenn eine längere Karenzzeit vereinbart wird, sind die Beiträge geringer.

KFO = Kieferorthopädie

Kj. = Kalenderjahr

Kompakt = Kompakttarife

Sind Tarife die über mehrere Bereiche leisten, z.B. Arztkosten, Krankenhaus, Zahnarzt.

KHT = Krankenhaustagegeld

Wird ab dem 1. Tag einer medizinisch notwendigen, stationären Krankenhaus-Behandlung gezahlt und zwar für die Dauer des Aufenthalts. Das Krankenhaustagegeld kann gleichzeitig zum Krankentagegeld bezogen werden.

KT/KTG = Krankentagegeld

Schließt sich - bei Angestellten - an die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers an. Ersetzt das Nettoeinkommen bei Arbeitsunfähigkeit. Selbstständige können ein KT versichern, welches bereits ab dem 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit leistet.

KUR = Kurtagegeld bzw. Kurleistungen

MB = Monatsbeitrag

Primärarztprinzip

Tarife sehen Leistungseinschränkungen vor, wenn Fachärzte direkt (ohne Überweisung durch den Allgemeinarzt) aufgesucht werden. Primärärzte sind u.a. praktische Ärzte ohne Facharztbezeichnung oder Frauen- und Kinderärzte.

Proz.= prozentuale Selbstbeteiligung

PVN = Pflegepflichtversicherung für Normalversicherte

PVB = Pflegepflichtversicherung für Beamte

SB = Selbstbeteiligung

Absolute:

Bis zu gewissen Größen müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden. Hierbei handelt es sich um eine jährliche Größe. Der Betrag wird im Gegensatz zur KFZ-Versicherung nicht bei jeder Erkrankung fällig. Wenn die jährliche Beteiligung erreicht ist, leistet der Tarif zu 100%.

Prozentuale:

Hier leistet der Versicherer bei jeder Rechnung z.B. 80 oder 90 %, die restlichen 20% bzw. 10% trägt der Versicherte. Die Summe der Beteiligung ist meist auf eine bestimmte Höhe pro Jahr begrenzt.

Stationär / Stationäre Behandlung / stationärer Tarif

Unter dem Begriff stationär sind alle Behandlungen zusammengefaßt, die eine Unterbringung im Krankenhaus notwendig machen.

ZB = Zahnbehandlung

ZE = Zahnersatz

Erklärungen zu den Leistungskriterien im Vergleichsprogramm

Allgemeiner Bereich

Anzahl Kombinationen

Wenn nicht anders eingestellt, ermittelt das Programm in den jeweiligen Tarifwerken die günstigste Tarifkombination, die die eingestellten Vorgaben erfüllt. Es ist allerdings auch möglich, mehrere oder alle möglichen Varianten gleichzeitig zu berechnen.

Allgemeiner Bereich (speziell für Vollversicherung)

Osttarife

Nach der Wiedervereinigung wurden in den neuen Bundesländern sogenannte Osttarife angeboten, unter anderem, um das herrschende Verdienstgefälle auszugleichen. Die Osttarife sind günstig, bieten aber meist nur eine Basisversorgung, ähnlich der GKV. 2009 wurde der Osttarif durch den Basistarif ersetzt, der deutschlandweit abschließbar ist. Seitdem können die Osttarife nicht mehr neu abgeschlossen, sondern nur beibehalten werden.

Primärarzttarife

Tarife sehen Leistungseinschränkungen vor, wenn Fachärzte direkt (ohne Überweisung durch den Haus- oder Primärarzt) aufgesucht werden. Primärärzte sind u. a. praktische Ärzte ohne Facharztbezeichnung oder Frauen- und Kinderärzte.

Beitragsrückerstattung

Zahlreiche Gesellschaften zahlen Beiträge zurück, wenn der Versicherte keine Leistungen in Anspruch genommen hat und insgesamt der Geschäftsverlauf dies erlaubt (erfolgsabhängig).

Eine garantierte Beitragsrückerstattung bedeutet, dass der Versicherte bei Leistungsfreiheit einen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Anspruch auf Beitragsrückerstattung hat, und zwar unabhängig vom jeweiligen Geschäftsergebnis des Unternehmens.

Diese Tarife sind besonders interessant für Angestellte.

Schutz im Ausland

Der Geltungsbereich spielt im Zuge der Globalisierung eine immer größer werdende Rolle. Arbeitsplatz- und Wohnsitzverlagerungen sowie Auslandsurlaube nehmen langfristig immer mehr zu. Es kann gewählt werden, ob die Krankheitskostenvollversicherung

eine Geltungsdauer unter 6 Monaten
eine Geltungsdauer von 6-12 Monaten

oder eine unbegrenzte Geltungsdauer vorsieht.

Optionstarife

Optionstarife bieten die Möglichkeit, zu einem späteren Zeitpunkt ohne zusätzliche Gesundheitsprüfung in einen höherwertigeren Tarif zu wechseln.

Beitragsfreie Erziehungszeit

Leistungsvoraussetzungen für eine Beitragsbefreiung ist der Bezug von Elterngeld i. S. d. Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes.

Eingeschränkte Leistung = Es wird eine eingeschränkte Leistung z.B. in Form einer Pauschale erbracht.

Umfassende Leistung = Es besteht ein Leistungsanspruch von mindestens 6 Monaten Beitragsfreiheit, es gibt keine weiteren Einschränkungen.

Ambulanter Bereich

Gebührenordnung für Ärzte

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) ist die Rechtsgrundlage und der Rahmen für die Berechnung aller ärztlichen Leistungen in der PKV. Im Regelfall dürfen Ärzte bis zum 2,3-fachen Wert des festgelegten Basissatzes, Regelhöchstsatz genannt, abrechnen, bei medizinischer Begründung auch bis zum 3,5-fachen Höchstsatz. Für medizinisch-technische Leistungen liegt der Regelhöchstsatz beim 1,8-fachen, der Höchstsatz beim 2,5-fachen Wert des Basissatzes. Bei einigen Spezialisten sind Abrechnungen weit oberhalb des Höchstsatzes der GOÄ/GOZ möglich.

Manche Tarife leisten bis zum Regelhöchstsatz, andere zum Höchstsatz oder sogar darüber hinaus, mit oder ohne Limitierung.

Erstattung für Sehhilfen

Ob und in welchem Umfang Sehhilfen erstattet werden, ist von Tarif zu Tarif unterschiedlich geregelt. Es empfiehlt sich, auf eine Mindestleistung für Sehhilfen zu achten.

Ergänzungstarife für Beihilfeberechtigte

Für Beihilfeberechtigte gibt es spezielle Ergänzungstarife, die nicht beihilfefähige Kosten, beispielsweise für Heilpraktiker oder Material- und Laborkosten, übernehmen.

Hufelandverzeichnis

Entscheidend ist nicht nur, ob Behandlungen des Heilpraktikers grundsätzlich versichert sind, sondern auch, für welche Behandlungsmethoden geleistet wird. Manche Tarife beinhalten eine abschließende Aufzählung der erstattungsfähigen Methoden, andere leisten für alle Methoden des sogenannten Hufeland-Verzeichnisses. Das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen ist eine Abrechnungshilfe für naturheilkundlich tätige Ärzte. Sie enthält alle naturheilkundlichen Diagnostik- und Therapieverfahren, die theoretisch erklärbar und praktisch bewährt sowie lern- und lehrbar sind.

Der Vorteil von Leistungen gemäß Hufelandverzeichnis ist, dass auch neue Methoden erstattet werden, die erst nach Vertragsschluss im Verzeichnis aufgenommen wurden.

Ambulanter Bereich (speziell für Vollversicherung)

Erstattung im Ausland

Im Ausland gelten andere und sehr unterschiedliche Regelungen für die Höhe von ärztlichen Behandlungskosten, deutsche Versicherungen beschränken ihre Auslandsleistungen jedoch oft auf deutsche Gebührenordnungsätze (GOÄ/GOZ). Deshalb empfiehlt sich für Verreisende eine Beschränkung auf Tarife, die für ärztliche Behandlungen im Ausland ohne Rücksicht auf die GOÄ voll leisten.

Brechkraftverändernde Operationen

Wer einfache Sehhilfen wie Brillen im Falle einer starken Sehschwäche vermeiden möchte, sollte einen Tarif wählen, der Leistungen für brechkraftverändernde Augenoperationen, beispielsweise Lasik (=Laser-in-situ-Keratomileusis), erbringt. Innerhalb der leistenden Tarife kann es zusätzlich spezifische Einschränkungen dahingehend geben, wann genau eine solche Maßnahme erstattungsfähig ist.

Schutzimpfungen, mind. entsprechend der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)

Die Regelungen zu den Schutzimpfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, richten sich nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Darüber hinausgehende Mehrleistungen bestehen beispielsweise aus Impfungen gegen FSME (außerhalb des Risikobereichs) oder Gebärmutterhalskrebs (mit abweichender Altersbeschränkung) oder Reiseschutzimpfungen. Eine private Vollversicherung sollte für Impfungen mindestens der STIKO-Empfehlung entsprechend oder darüber hinausgehend leisten.

Keine Einschränkung auf Generika

Als Generikum (Plural Generika) bezeichnet man ein Arzneimittel, das eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichen Medikaments ist. Von diesem Originalpräparat kann sich das Generikum bezüglich enthaltener Hilfsstoffe und Herstellungstechnologie unterscheiden.

Ambulante Heilbehandlung in einem Kurort/Heilbad ohne vorherige Zusage

Durch die "Kurortklausel" sind Leistungen für ambulante Heilbehandlungen für alle Personen ausgeschlossen, die sich aufgrund ihrer Krankheit in dem Kurort/Heilbad aufhalten. In den meisten Bedingungen ist jedoch der Verzicht auf die "Kurortklausel" enthalten, wodurch auch im Kurort/Heilbad ein approbierter, niedergelassener Arzt zur ambulanten Behandlung ohne vorherige Zusage des Versicherers aufgesucht werden darf.

Häusliche Krankenpflege

Soll Leistung für häusliche Krankenpflege versichert sein?

Palliativversorgung

Die palliative Behandlung ist nicht kurativ, sie zielt also nicht auf die Heilung einer bestehenden schweren Grunderkrankung ab, sondern soll die Symptome lindern, indem sie Nebenwirkungen behandelt, den Patienten pflegt und begleitet. Die ambulante Palliativversorgung wird von entsprechend ausgebildeten sogenannten Palliative Care Teams übernommen und soll dem Sterbenden den möglichst schmerzfreien Aufenthalt in gewohnter Umgebung, eine möglichst hohe Lebensqualität und Würde ermöglichen.

Heilmittel: Kostenersatz für nichtärztliche Behandler (Ergotherapeuten, Logopäden)

Leistungen für logopädische oder ergotherapeutische Behandlungen durch nichtärztliche Behandler (Logopäden, Ergotherapeuten) fallen in den Bereich der Heilmittel.

Vorsorge: Vorsorgeuntersuchungen umfassender als der gesetzliche Rahmen

Es empfiehlt sich, darauf zu achten, dass die Vorsorgeleistungen besser und umfassender als in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Beispielsweise müssen in diesem Fall die sonst üblichen Altersbeschränkungen bei Vorsorgeuntersuchungen nicht eingehalten und die Vorsorge kann weitaus effektiver gestaltet werden.

Psychotherapie: Freie Wahl des psychotherapeutischen Behandlers

Die Musterbedingungen sehen vor, dass der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen, approbierten Ärzten und Zahnärzten freisteht. Wenn daneben auch Behandlungen durch den psychologischen Psychotherapeuten oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versichert sein sollen, muss das ausdrücklich genannt sein.

Psychotherapie: Mindestens 30 bzw. 50 Sitzungen ohne vorherige Zusage

Viele Tarife sehen eine Begrenzung der Sitzungszahl vor. Die Grenzen können z.B. bei schweren Traumata leicht überschritten werden. Einige Bedingungen sehen die Notwendigkeit einer Zusage des Versicherers vor Behandlungsbeginn vor.

Hier können Tarife selektiert werden, die Erstattung für mindestens 30 bzw. 50 Sitzungen ohne vorherige Zusage vorsehen.

Hilfsmittel

Ob insgesamt Leistungen für Hilfsmittel (wie Gehhilfen, Körperersatzstücke, Bandagen, Sehhilfen) vorgesehen sind, wird durch abgeschlossene Aufzählungen oder offene Formulierungen festgelegt.

Hilfsmittel: Keine Einschränkungen bei der Erstattungshäufigkeit

Manche Tarife limitieren die Anzahl der erstattungsfähigen Hilfsmittel in einem bestimmten Zeitraum mithilfe von Formulierungen wie "Hilfsmittelleistungen in zeitlich befristeten Erstattungszyklen", bei anderen erfolgt die Leistung für Hilfsmittel ohne zeitliche Einschränkung.

Hilfsmittel: Keine Limitierung durch prozentuale oder preisliche Leistungsobergrenze

Bei Hilfsmitteln werden, beispielsweise durch Formulierungen wie "einfache Ausführung", oftmals preisliche oder prozentuale Obergrenzen der Erstattung festgelegt. Tarife mit hohen Leistungen verzichten meist auf solche Limitierungen. (Leistungsbegrenzungen nur für Sehhilfen haben allerdings einen Sonderstatus und werden dementsprechend auch bei der Berechnung durch dieses Programm nicht berücksichtigt.)

Hilfsmittel: Lebenserhaltende Hilfsmittel

Einige Tarife, die keine Erstattung aller Hilfsmittel vorsehen, beschränken ihre Leistung stattdessen zum Beispiel auf solche Hilfsmittel, die zur Lebenserhaltung notwendig sind (unter anderem Sauerstoffkonzentratoren und Hilfsmittel zur Heimdialyse oder zur Atemüberwachung).

Hilfsmittel: Hilfsmittelkatalog offen in Bezug auf technische Mittel

Manche Tarife schränken die Auswahl an erstattungsfähigen Hilfsmitteln durch abgeschlossene Aufzählungen ein. Unter Umständen kann eine Beschränkung auf Tarife, deren Hilfsmittelkatalog zumindest in Bezug auf technische Mittel und Körperersatzstücke offen ist, empfehlenswert sein.

Transportkosten: Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten

Im Hinblick auf eine umfangreiche Erstattung von Transportkosten sollten unter anderem keine schwerwiegenden Einschränkungen wie "nur im Notfall" oder "nur bei bestimmten Krankheiten" oder auch "nur im Zusammenhang mit ambulanten Operationen" aufgeführt sein.

Transportkosten: Keine Einschränkung auf den "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler

Im Hinblick auf eine umfangreiche Erstattung von Transportkosten sollten unter anderem keine Einschränkungen auf den "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler ohne den Zusatz "geeigneten" enthaltenen sein, da sonst tatsächlich stets nur die Kosten bis zum nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus übernommen werden, unabhängig von deren Eignung für die spezifischen Umstände.

Transportkosten: Keine Einschränkung in der Entfernung

Ein umfangreicher Deckungsschutz bedeutet, dass etwaige medizinisch bedingte Transportkosten ohne Einschränkung auf einen maximalen Entfernungsradius, ob durch eine Kilometerbegrenzung oder ein festgelegtes Territorialgebiet, erstattet werden.

Begriffe zur Selbstbeteiligung**Selbstbeteiligung**

Wer bereit ist, sich mit einem bestimmten Betrag im Jahr an den Krankheitskosten zu beteiligen, zahlt deutlich weniger. Dies gilt sowohl für die eigentliche Prämie, als auch für die Prämie inklusive SB. Es handelt sich um jährliche (kumulierte) Größen.

Art Selbstbeteiligung

Versicherer bieten Tarife mit unterschiedlichen SB-Stufen an.

Bei der Berechnungsoption "Optimale SB" wird die Selbstbeteiligung in die Prämie eingerechnet, bei prozentualer SB zu 50%. Es erscheint die Tarifvariante im Ergebnis, die inkl. SB die Günstigste ist.

Wenn nicht optimiert wird, erscheint die höchste SB-Stufe eines Tarifwerks im Ergebnis, bei Optimierung oft eine mittlere oder niedrige SB-Stufe.

Absolute Selbstbeteiligung

Bei der Vereinbarung einer absoluten Selbstbeteiligung muss der Versicherungsnehmer die versicherten Leistungen zunächst jährlich selbst zahlen, bis ein festgelegter Betrag überschritten wird – ab dann erstattet die Versicherung. Der absolute Selbstbehalt ist tendenziell schneller erreicht als ein prozentualer SB, dafür ist die Einzelbelastung im Versicherungsfall höher. Diese Form der Selbstbeteiligung bietet Gewissheit über die eigenen maximalen Ausgaben.

Prozentuale Selbstbeteiligung

Bei einer prozentualen Selbstbeteiligung muss für jede Rechnung ein bestimmter Prozentsatz selbst geleistet werden, allerdings nur bis zu einer maximalen Rechnungssumme.

Selbstbeteiligung auch im stationären und dentalen Bereich

Es gibt Tarifwerke, die aus sogenannten Kompakttarifen bestehen, sowie Tarifwerke mit speziellen Tarifen für den ambulanten, stationären und dentalen Bereich. Bei Kompakttarifen bezieht sich die SB auch auf den stationären und dentalen Bereich.

Stationärer Bereich**Gehaltsabzug für stat. Wahlleistung**

In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz besteht für Beamte und ihre Angehörigen die Möglichkeit, durch die Zustimmung zu einem monatlichen Gehaltsabzug von 22 bzw. 26 Euro Beihilfe für stationäre Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer) zu beziehen. Dem Abzug kann jederzeit widersprochen werden, falls keine Wahlleistung erwünscht ist, die Ablehnung gilt dann jedoch unwiderruflich. Wenn der Abzug in der Vergangenheit bereits abgelehnt wurde, können also keine stationären Wahlleistungen mehr in Anspruch genommen werden.

Krankenhaus

Grundsätzlich können alle Patienten die allgemeinen Krankenhausleistungen (medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte sowie Pflege, Unterkunft und Verpflegung im Mehrbettzimmer) des Krankenhauses in Anspruch nehmen. Darüber hinaus bietet das Krankenhaus in der Regel zwei Arten von Wahlleistungen an: Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte (Chefarztbehandlung).

Einbettzimmer

Der Versicherte hat Anspruch auf ein Einbettzimmer. Wenn kein Einbettzimmer in Anspruch genommen wird oder nicht vorhanden ist, erhält er eine Entschädigung (Ersatz-Krankenhaustagegeld).

Ein-/Zweibettzimmer

Manche Gesellschaften bieten als Alternative zu den klassischen Tarifen den "Ein- oder Zweibettzimmertarif" an. Dieser leistet generell für Ein- und Zweibettzimmer, zahlt aber kein Ersatz-Krankenhaustagegeld, wenn kein Einbettzimmer in Anspruch genommen wurde.

Zweibettzimmer

Bei Zweibettzimmer-Tarifen besteht neben diesem Anspruch meist die Möglichkeit des Wechsels in ein Einbettzimmer durch Zuzahlung.

Mehrbettzimmer

Ein Drei- oder Mehrbettzimmer entspricht den Leistungen einer gesetzlichen Krankenkasse.

Privat-/Chefarztbehandlung

Die Privatarztbehandlung umfasst die ärztlichen Wahlleistungen, d.h. die privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt oder den Arzt nach Wahl. Die Option eines Ein- bzw. Zweibettzimmers ist meist mit einer Privatarzt-Behandlung verbunden.

Erstattung für Rooming-in

Rooming-in bedeutet, dass bei der stationären Behandlung des Versicherten zusätzlich eine Begleitperson untergebracht wird. Dies ist bei Kindern üblich und wird gelegentlich auch für Demenzkranke und bei längeren Kur- oder Reha-Aufenthalten ermöglicht. Die Kosten werden allerdings nicht von den gesetzlichen Krankenkassen getragen, weshalb die Leistung sowohl bei privaten Zusatz- als auch Vollversicherungen empfehlenswert ist.

Stationärer Bereich (speziell für Vollversicherung)

Gebührenordnung stationär über Höchstsatz ohne Einschränkung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist die Rechtsgrundlage und der Rahmen für die Berechnung aller ärztlichen Leistungen in der PKV. Im Regelfall dürfen Ärzte bis zum 2,3-fachen Wert des festgelegten Basissatzes, Regelhöchstsatz genannt, abrechnen, bei medizinischer Begründung auch bis zum 3,5-fachen Höchstsatz. Bei einigen Spezialisten sind jedoch Abrechnungen weit oberhalb des Höchstsatzes der GOÄ möglich. Besonders leistungsstarke Tarife erstatten deshalb uneingeschränkt über den Höchstsatz hinaus.

Unterbringung in Gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage

Gemischte Anstalten verbinden den üblichen Krankenhausbetrieb mit der Aufnahme von Genesenden und/oder dem Sanatoriumsbetrieb. Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Gemischten Anstalten werden im Regelfall nur nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattet. Einzelne Tarife verzichten auf diese Regelung und leisten für die Behandlung in Gemischten Anstalten auch ohne vorherige Zusage.

Unterbringung in Gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage bei Unfällen

Gemischte Anstalten verbinden den üblichen Krankenhausbetrieb mit der Aufnahme von Genesenden und/oder dem Sanatoriumsbetrieb. Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Gemischten Anstalten werden im Regelfall nur nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattet. Nach Unfällen, wenn also keine Möglichkeit zu einer vorherigen Absprache bestand, leisten einige Tarife allerdings auch ohne die vorherige Zusage.

Hospizleistung

Die Versorgung im stationären Hospiz ist angebracht, wenn der Zustand eines Patienten sich verschlechtert, eine Heilung ausgeschlossen und der Tod absehbar ist, keine klinische Versorgung notwendig ist, aber die Haushaltsangehörigen des Patienten die Pflege nicht übernehmen können. Der Aufenthalt umfasst die soziale Betreuung sowie die palliativmedizinische Pflege und soll dem Schwerstkranken oder Sterbenden möglichst viel Lebensqualität und Würde ermöglichen.

Transportkosten: Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten

Im Hinblick auf eine umfangreiche Erstattung von Transportkosten sollten unter anderem keine schwerwiegenden Einschränkungen wie "nur im Notfall" oder "nur bei bestimmten Krankheiten" aufgeführt sein.

Transportkosten: Keine Einschränkung auf das "nächstgelegene" oder "nächste" Krankenhaus

In den Versicherungsbedingungen darf keine Einschränkung auf das "nächstgelegene" oder "nächste" Krankenhaus ohne den Zusatz "geeigneten" enthalten sein.

Transportkosten: Keine Einschränkung in der Entfernung

Ein umfangreicher Deckungsschutz bedeutet, dass es bei den Transporterstattungen keinen maximalen Entfernungsradius gibt.

Transportkosten: Keine Einschränkung beim Transportmittel

Weiterhin sollten Sie darauf achten, dass keine Einschränkungen auf "Transportfahrten" bestehen, falls auch der Transport mit dem Rettungshubschrauber versichert sein soll.

Dentaler Bereich

Leistungen im Zahnbereich

Der Zahnbereich umfasst die Zahnbehandlung, den Zahnersatz und die Kieferorthopädie.

Zahnersatz

Als Zahnersatz wird die Behandlung und die Verwendung von Materialien zur Wiederherstellung des Gebisses nach Verlust von einem oder mehrerer Zähne oder Zahnteilen bezeichnet. Auslöser für den Verlust können Karies und Parodontitis, die Schädigung von Zahn und Zahnhalteapparat oder auch Unfälle sein.

Kieferorthopädie

In den Bereich Kieferorthopädie fallen Erkennung, Verhütung und Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen und die damit in Zusammenhang stehenden funktionellen Störungen.

Zahnbehandlung

In den Bereich Zahnbehandlung fallen prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen (unter anderem die Behandlung von Karies, Zahnfleisch- und Zahnbettterkrankungen) in tariflich unterschiedlich definiertem Umfang.

Dentaler Bereich (speziell für Vollversicherung)

Zahnstaffel

In den ersten Versicherungsjahren ist die Leistung für Kieferorthopädie, Zahnersatz und Behandlung bei vielen Tarifen eingeschränkt. Hier können Tarife selektiert werden, die keine tarifliche Zahnstaffel vorsehen.

Implantate

Ein Implantat ist eine künstliche Zahnwurzel, welche in den Knochen des Ober- oder Unterkiefers eingebracht wird. Auf dem Implantat kann herausnehmbarer oder festsitzender Zahnersatz verankert werden. Die Anzahl der in Deutschland gesetzten Implantate ist erheblich gewachsen.

Umfassende Leistung = Implantate werden ohne weitere Einschränkungen (wie z.B. einer Summenbegrenzung je Implantat oder einer Stückzahlbegrenzung unter 6 Implantaten je Kiefer), gemäß dem gewählten Zahnersatztarif und deren Prozentsatz, erstattet.

Leistung Implantate = Es bestehen Abweichungen gegenüber der Erstattung im Zahnersatzbereich des gewählten Tarifes (Implantate werden eingeschränkt erstattet).

Bereich Tagegelder

Krankentagegeld

Die Krankentagegeldversicherung ist eine Verdienstausschlagversicherung. Sie schützt vor Einkommensverlusten bei krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit. Arbeitnehmer können ein Tagegeld von bis zu 100% ihres Nettoeinkommens (entspricht bis zu 80% des Jahresbruttoeinkommens inkl. Sonderzahlungen), jedoch maximal das jeweils angegebene Höchsttagegeld, für die Zeit nach Ende der Gehaltsfortzahlung versichern oder anderweitige Krankengeld- bzw. Krankentagegeldansprüche auf bis zu 100% des Nettoeinkommens aufstocken.

Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit

Nicht alle Tarife leisten auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an vollständige Arbeitsunfähigkeit.

Keine erneute Karenzzeit bei Rückfallerkrankung

Nur bei manchen Tarifen werden die Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge zusammengerechnet, sodass der Leistungsbeginn entsprechend früher eintritt.

Länger als 3 Monate Leistung bei Berufsunfähigkeitsversicherung

Die meisten Tarife sehen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit eine Beendigung der Krankentagegeldversicherung vor, wenn zu diesem Zeitpunkt Arbeitsunfähigkeit besteht, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit. Einige Tarife leisten das Krankentagegeld jedoch –sofern eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei dem gleichen Versicherer besteht– länger oder bis die Berufsunfähigkeitsversicherung die Leistung übernimmt. Für eine nahtlose Absicherung empfiehlt sich die Selektion nach denjenigen Tarifen, in denen die Krankentagegeldleistung über die üblichen drei Monate hinausgeht.

Wegfall Alkoholklausel

Ist die Alkoholklausel Teil der privaten Krankenversicherungsbedingungen, werden Leistungen wie das Krankentagegeld verweigert, wenn vor einer Arbeitsunfähigkeit Alkohol konsumiert wurde. Zwischen einmaligem Konsum und Abhängigkeit wird dabei nicht unterschieden. In einigen Tarifen wird die Alkoholklausel jedoch ausgeschlossen und somit auch nach Alkoholkonsum geleistet.

Leistung bei Schwangerschaft

Wenn die Möglichkeit einer Schwangerschaft in die Versicherungsplanung einbezogen wird, ist es empfehlenswert, die Auswahl auf Tarife zu beschränken, in denen auch bei Arbeitsunfähigkeit, die durch Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung (außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote) entsteht, geleistet wird.

Karenzzeiten

Die Krankentagegeldversicherung leistet erst, wenn der Versicherte eine bestimmte Zeit lang arbeitsunfähig gewesen ist. Diese Wartezeit zwischen Arbeitsunfähigkeit und Leistungsbeginn wird als Karenz bezeichnet und entspricht einer Selbstbeteiligung bei Selbstständigen. Bei Angestellten ist eine Absicherung nicht vor dem 43. Tag möglich, weil der Arbeitgeber bis dahin eine Entgeltfortzahlung leistet. Danach erst leistet die Versicherung ein Krankentagegeld, das meist um ein Viertel niedriger als das Gehalt des Versicherungsnehmers liegt. Arbeitsunfähigen Selbstständigen dagegen droht der sofortige Verdienstausschlag, weshalb es bei ihnen keine festgelegte Mindest-Karenz gibt. Um das Tagegeld den individuellen Bedürfnissen besser anpassen zu können, besteht die Möglichkeit, die Leistung nach Tag und Höhe zu staffeln.

Krankenhaustagegeld

Wenn ein Krankenhaustagegeld erwünscht ist, kann dies in unterschiedlicher Höhe (Leistung pro Tag) abgeschlossen werden.

Kur

In den Bereich "Kur" fallen je nach Tarif die Erstattung der Kurkosten sowie ein mögliches Kurtagegeld. Es gibt spezielle (erweiterte) Kurkostentarife, aber auch Kompakttarife, die Kurleistungen bieten.

Kurtagegeld

Wenn ein Kurtagegeld erwünscht ist, kann dies in unterschiedlicher Höhe (Leistung pro Tag) abgeschlossen werden.

Ambulante Kurkostenerstattung

Einige Tarife erstatten nur die Kosten ambulanter Kuren (beispielsweise für ärztliche Behandlungen, Heilmittel und Arzneimittel).

Stationäre Kurkostenerstattung

Einige Tarife erstatten nur die Kosten stationärer Kuren, d.h. bei Unterbringung in Kurkrankenanstalten (Sanatorien, Kurkliniken, Kurheimen oder Heilstätten) unter ständiger, ärztlicher Aufsicht.

Kurkostenerstattung (Unterbringung)

Die Unterbringungskosten bei Kuren werden von manchen Tarifen generell komplett erstattet, von anderen anteilig als Kostenzuschuss. Nicht alle Tarife sehen hierfür Leistungen vor.

Bereich Beitragsreduzierung

Beitragsreduzierungsstarife

Im Rahmen eines Beitragsentlastungsprogrammes durch spezielle Tarife, zahlt der PKV-Versicherte in jungen Jahren einen zusätzlichen Beitrag. Dieser wird für eine Beitragsreduzierung im Alter eingesetzt. Die Beitragsentlastungsprogramme sind als integrierter Bestandteil der Krankenvollversicherung ebenfalls durch den Arbeitgeber zuschussfähig. Eine dauerhafte Bindung an den Krankenversicherer ist notwendig.

Beitragsreduzierung ab Alter

Ab welchem Alter die Beitragsreduzierung wirksam werden soll, ist unterschiedlich geregelt und teilweise individuell zu vereinbaren.

Pflegebereich**Pflegepflicht**

Bis auf wenige Ausnahmen müssen Privatversicherte einen Pflegepflichttarif abschließen. Dies gilt auch für Kinder, hier ist der Tarif allerdings beitragsfrei, dann gibt die Berechnung den Tarif mit einer Prämie von 0€ aus.

Pflegezusatzversicherung

Es gibt zwei Formen von Pflegezusatzversicherungen: Bei der Pflegekostenerstattung wird für anfallende Pflegekosten bis zu einem festgelegten Betrag geleistet; bei der Pflegetagegeldversicherung bezahlt der Versicherer für jeden Tag, an dem der Versicherte pflegebedürftig ist, den vereinbarten Tagessatz.

Erstattungssatz

Der Erstattungssatz, der bei Pflegegrad 5 gezahlt wird, ist unterschiedlich geregelt und teilweise individuell zu vereinbaren.

Gesetzlich geförderte Tarife (Pflege-Bahr)

Die Absicherung des Pflegerisikos wird seit 2012 durch die Bundesregierung finanziell gefördert, benannt wurden die entsprechenden Tarife nach dem damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Wenn sie bestimmte gesetzliche Mindestanforderungen erfüllen, können Pflegetagegeldversicherungen mit fünf Euro pro Monat staatlich bezuschusst werden.

Wartezeiterlass

Wartezeiten sind leistungsfreie Zeiten unterschiedlicher Länge nach Vertragsbeginn, die die Versicherungsunternehmen vor dem Missbrauch des Versicherungsschutzes bewahren sollen. In vielen Bedingungen wird die Wartezeit im Pflegebereich jedoch erlassen und die Leistungspflicht des Versicherers beginnt sofort.

Beitragsbefreiung

In manchen Tarifen besteht eine Regelung zum Aussetzen der Beitragszahlung im Versicherungsfall. Einige Tarife sehen eine Beitragsbefreiung nur bei schwerster Pflegebedürftigkeit vor; nur bei wenigen entfällt die Verpflichtung zur Beitragszahlung bereits ab Pflegegrad 1.

Dynamik

Manche Tarife bieten die Möglichkeit einer Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Ergebnis ohne Pflegetarife, die nur bei unfallbedingten Erkrankungen leisten

Manche Tarife sehen eine Leistung im Fall der Pflegebedürftigkeit nur dann vor, wenn diese auf einen Unfall zurückzuführen ist, besonders bei der Versicherung niedriger Pflegegrade. Es ist empfehlenswert, bei der Tarifwahl auf unfallunabhängige Leistung zu achten.

Assistanceleistungen

Assistanceleistungen sind Hilfestellungen und Unterstützungsdienste, die vor allem zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit notwendig sind, beispielsweise Beratungsgespräche, Organisationshilfen und die Vermittlung von Pflegeplätzen. Durch die Wahl dieses Leistungsmerkmals wird das Ergebnis auf Tarife beschränkt, in denen Assistanceleistungen vorgesehen sind.

Einmalzahlung

In manchen Tarifen kann eine Einmalzahlung bei erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit vereinbart werden, um beispielsweise bauliche Veränderungen oder technische Hilfen zu finanzieren.

Dynamik altersunabhängig

Nur manche Tarife bieten die Möglichkeit einer Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung und altersunabhängig.

Dynamik auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Nur manche Tarife bieten die Möglichkeit einer Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung und unabhängig davon, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

Geltungsbereich

Einige Tarife sehen einen Geltungsbereich auch außerhalb Deutschlands vor, meist ist er auf Europa ausgedehnt. Teilweise ist dazu eine Vereinbarung mit dem Versicherer erforderlich.

Leistungsbescheid der Pflegepflichtversicherung ausreichend

Zur schnelleren Abwicklung im Leistungsfall lohnt es sich, darauf zu achten, dass dem Versicherer ein sogenannter "einfacher Nachweis der Pflegebedürftigkeit" ausreicht. Dann muss lediglich der Einstufungsbescheid der gesetzlichen Pflegeversicherung vorgelegt werden.

Nachversicherungsoption

Eine Nachversicherungsoption dient dazu, die Versicherung dem Leben des Versicherten flexibler anzupassen: Sie ermöglicht eine spätere individuelle Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Wenn die Option ohne auslösendes Ereignis angeboten wird, besteht sie in einem eng definierten Rahmen (Höchstalter und Begrenzung der Ausübung). Wird die Nachversicherung dagegen ereignisgebunden garantiert, kann sie beispielsweise bei Geburt eines Kindes, bei Heirat und Tod eines Ehe-/Lebenspartners sowie bei Pflegebedürftigkeit des Partners oder Kindes beantragt werden.