

Produkttempfhlung Private Krankenversicherung

Modellhafte Auswertung eines
persönlichen Vergleichs.
Wir helfen Ihnen, den für Sie richtigen
Tarif zu finden!

für

Frau Tamara Tester

Anschrift:	Karlstr. 68 76137 Karlsruhe
Dokumenten-ID:	29131843722
Geburtsdatum:	01.01.1990
Versicherungsbeginn:	01.12.2021
Geschlecht:	weiblich
Status:	beihilfeberechtigt

Beispiel
😊

Ihre persönliche Ermittlung wurde am 12.10.2021 erstellt von

Bernd Krause

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

Der Fairsicherungsladen GmbH
Waldstr. 65
76133 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 Versicherungsvermittlerin/ der Versicherungsvermittler 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
Kurzübersicht der empfohlenen Tarife	3
Produktempfehlung / Einzelübersicht der empfohlenen Tarife	4
Angebotsvergleich	7
Liste der Tarife im Vergleich	12
Vergleich Leistungstexte / Leistungs- und Vertragsmerkmale	17
Begriffserklärungen	41
Glossar	43

Frau Tamara Tester (Versicherungsnehmerin)

Geburtsdatum:	01.01.1990
Versicherungsbeginn:	01.12.2021
Geschlecht:	weiblich
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

Pflegeversicherung:

mit Pflegepflicht.

Geforderte Leistungsmerkmale:

Mit Ergänzungstarif.

Empfehlung 1: E [REDACTED]		Gesamtbeitrag: 92,75 €
BKlinik+ 50 W	Stationärer Zusatztarif für Beamtenanwärter mit Kostenerstattung für das 2-Bett-Zimmer sowie Chefarztbehandlung zu 50%.	
BZahn+ W	Dentaler Ergänzungstarif für die Erstattung der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Restkosten für gesondert berechenbare zahntechnische Auslagen, Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung und Zahnersatz.	
BC 50 SB W	Kompakttarif für Beamtenanwärter mit 50% Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer. Die jährliche Selbstbeteiligung beträgt 300 Euro und gilt für Leistung im Bereich ambulant und dental.	
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert)	

Empfehlung 2: E [REDACTED]		Gesamtbeitrag: 89,96 €
BA EB-BW/50	Beihilfe-Ergänzungstarif mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind.	
BO COMFORT-B/50	Kompakttarif für Beamtenanwärter mit 50% Kostenerstattung. Es gelten die Besondere Bedingungen für Beamte auf Widerruf (BO) mit Versicherungsschutz ohne Abzug eines tariflich vorgesehenen Selbstbehaltes.	
BA SP1Z-B	Stationärer Tarif für Beamtenanwärter mit Kostenerstattung für die Differenz zwischen den Kosten für die Unterkunft im 2-Bett-Zimmer und den Kosten für die Unterkunft im 1-Bett-Zimmer.	
BA SP2-B/50	Stationärer Tarif für Beamtenanwärter mit 50% Kostenerstattung für Wahlleistungszuschlag 2-Bett-Zimmer und privatärztliche Behandlung.	
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert)	

Empfehlung 3: E [REDACTED]		Gesamtbeitrag: 92,12 €
BN3/1 50-UA	Beihilfe-Ergänzungstarif für Beamtenanwärter mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind.	
BW2 50-UA	Stationärer Zusatztarif für Beamtenanwärter mit Kostenerstattung für das 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung.	
Vision B50-UA	Kompakttarif für Beamtenanwärter mit 50% Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer (Regelleistung). Abschließbar bis zum vollendeten 39. Lebensjahr.	
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert)	

Empfehlung 1: F

BKlinik+ 50 W	Stationärer Zusatztarif für Beamtenanwärter mit Kostenerstattung für das 2-Bett-Zimmer sowie Chefarztbehandlung zu 50%. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 04/18	4,13 €
BZahn+ W	Dentaler Ergänzungstarif für die Erstattung der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Restkosten für gesondert berechenbare zahntechnische Auslagen, Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung und Zahnersatz. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 04/18	0,99 €
BC 50 SB W	Kompakttarif für Beamtenanwärter mit 50% Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer. Die jährliche Selbstbeteiligung beträgt 300 Euro und gilt für Leistung im Bereich ambulant und dental. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 04/18	58,12 €
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert) Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 07/21	29,51 €
Gesamtbetrag		92,75 €
Vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		53,26 €
Vom Beitrag zur privaten Pflegeversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		29,51 €

Empfehlung 2

BA EB-BW/50	Beihilfe-Ergänzungstarif mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/21	0,39 €
BO COMFORT-B/50	Kompakttarif für Beamtenanwärter mit 50% Kostenerstattung. Es gelten die Besondere Bedingungen für Beamte auf Widerruf (BO) mit Versicherungsschutz ohne Abzug eines tariflich vorgesehenen Selbstbehaltes. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/21	54,70 €
BA SP1Z-B	Stationärer Tarif für Beamtenanwärter mit Kostenerstattung für die Differenz zwischen den Kosten für die Unterkunft im 2-Bett-Zimmer und den Kosten für die Unterkunft im 1-Bett-Zimmer. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/17	3,06 €
BA SP2-B/50	Stationärer Tarif für Beamtenanwärter mit 50% Kostenerstattung für Wahlleistungszuschlag 2-Bett-Zimmer und privatärztliche Behandlung. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	2,00 €
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert) Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 07/21	29,81 €
Gesamtbetrag		89,96 €
garantierte Beitragsrückerstattung		9,17 €
Vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		49,97 €
Vom Beitrag zur privaten Pflegeversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		29,81 €

Empfehlung 3. [REDACTED]		
BN3/1 50-UA	Beihilfe-Ergänzungstarif für Beamtenanwärter mit Leistungen für Kosten, die durch die Beihilfe nicht gedeckt sind. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/21	0,57 €
BW2 50-UA	Stationärer Zusatztarif für Beamtenanwärter mit Kostenerstattung für das 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	2,35 €
Vision B50-UA	Kompakttarif für Beamtenanwärter mit 50% Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer (Regelleistung). Abschließbar bis zum vollendeten 39. Lebensjahr. Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/13	60,17 €
PVB	Pflege-Pflichtversicherung (unlimitiert) Eintrittsalter 31 Jahre letzte Beitragsanpassung: 07/21	29,03 €
Gesamtbetrag		92,12 €
Vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		54,97 €
Vom Beitrag zur privaten Pflegeversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		29,03 €

	gefordert	K.	Stale	
Tarife		BC 50 SB W, BKlinik+ 50 W, BZahn+ W, PVB	BA EB-BW/50, BA SP1Z-B, BA SP2- B/50, BO COMFORT-B/50, PVB	BN3/1 50-UA, BW2 50-UA, Vision B50-UA, PVB
Gesamtsumme Prämien		92,75 €	89,96 €	92,12 €
Gesetzl. Vorsorgezuschlag (10%)		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Gesamtbeitrag		92,75 €	89,96 €	92,12 €
Beitrag mit Selbstbeteiligung		117,75 €	Fall.	92,12 €
Maximale Selbstbeteiligung (SB)	0-1000 €	300,00 €	Fall.	0,00 €
Selbstbeteiligung Typ		absolut	keine	keine
Beitrag mit garant. Beitragsrückerst.		92,75 €	80,79 €	92,12 €
garantierte Beitragsrückerstattung		0,00 €	9,17 €	0,00 €
Effektivbeitrag		92,75 €	89,96 €	92,12 €
Effektivbeitrag mit SB		117,75 €	89,96 €	92,12 €
Effektivbeitrag mit garant. BRE		92,75 €	80,79 €	92,12 €
Gesamtbeitrag ambulant, stationär und dental		63,24 €	60,15 €	63,09 €
Beitrag Pflege		29,51 €	29,81 €	29,03 €
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	2 - Bett
Privatarzt	ja	ja	ja	ja

Allgemeiner Tarifbereich

Bereich interne Tarifwerkbezeichnung	gefordert	B		A)
Garantierte Beitragsrückerstattung	☐	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Primärarztтарif	☐	nein	nein	nein
Tarife, die nur bei unfallbedingten Erkrankungen leisten	☐	nein	nein	nein
Tarife, die nur bei bestimmten Erkrankungen leisten	☐	nein	nein	nein
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 6 Monate (ggf. mit Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 12 Monate (ggf. mit Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz unbegrenzt (ggf. mit Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 6 Monate (ohne Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 12 Monate (ohne Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	☐	erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz unbegrenzt (ohne Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Europäischer Auslandsschutz mit Vereinbarung und mit Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Europäischer Auslandsschutz ohne Vereinbarung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Europäischer Auslandsschutz ohne Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz mit Vereinbarung und mit Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz ohne Vereinbarung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz ohne Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Vertragliche Verpflichtung zur Umstellung Voll-KV in eine Ergänzungsversicherung	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt

Ambulanter Tarifbereich

Bereich	gefordert	B P A,	B P A,	B P A,
Bis Höchstsatz Gebührenordnung (amb.)	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Gebührenordnung (amb.) über Höchstsatz	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Erstattung für Sehhilfen	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Heilpraktiker	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Alle Behandlungsmethoden gemäß Hufelandverzeichnis	☐	erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Erstattung ambulanter Behandlungen im Kurort	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Übernahme der ambulanten Kosten im Ausland ohne feste Begrenzung auf deutsche Sätze	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Brechkraftverändernde Operationen	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung bei der Bezugsart von Hilfsmitteln	☐	erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Keine Einschränkung auf Generika	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Schutzimpfungen, mind. entsprechend der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Ambulante Entziehungsmaßnahmen	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Leistung für häusliche Krankenpflege	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Nicht-ärztliche Palliativversorgung	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Vorsorge besser als gesetzl. Rahmen	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Vorsorge BRE unschädlich	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Vorsorge ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligung	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Psychotherapie grundsätzlich versichert	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Freie Wahl Behandlers in der Psychotherapie	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Mindestens 30 Psychotherapie-Sitzungen ohne vorherige Zusage	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Mindestens 50 Psychotherapie-Sitzungen ohne vorherige Zusage	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Nach Zusage unbegrenzte Sitzungsanzahl	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung bei der Erstattungshäufigkeit von Hilfsmitteln	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Limitierung von Hilfsmitteln durch eine prozent. oder durch preisl. Leistungsobergrenze	☐	erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Hilfsmittelkatalog offen in Bezug auf technische Mittel	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung bei Krankentransporten	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Erstattung Heimdialysegeräte	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Atemüberwachungsmonitore	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Beatmungsgeräte/ Sauerstoffkonzentratoren	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Hör-/Sprechgeräte	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Prothesen	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Körperersatzstücke	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Geh-/Stützapparate	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt

Ambulanter Tarifbereich

Bereich	gefordert	BC 50 SB W	BO COMFORT-B/50, BA SP1Z-B	BW2 50-UA
Erstattung Blindenhund	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/ambulant: keine Einschränkung in der Entfernung	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/ambulant: keine Einschränkung auf nächstgelegenen/nächsten Behandler	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/ambulant: Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Kostenersatz Logopädie	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Kostenersatz Ergotherapie	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt

Stationärer Tarifbereich

Bereich	gefordert	BC 50 SB W	BO COMFORT-B/50, BA SP1Z-B	BW2 50-UA
Privatärztliche Versorgung	☒	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Bis Höchstsatz Gebührenordnung (stat.)	☐	erfüllt	Von BA SP2-B/50 erfüllt	erfüllt
Gebührenordnung (stat.) über Höchstsatz	☐	nicht erfüllt	Von BA SP2-B/50 erfüllt	Von BW2 50-UA erfüllt
Gemischte Anstalten ohne schriftliche Zusage (stationär)	☐	Von BC 50 SB W erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Gemischte Anstalten ohne schriftliche Zusage (Unfall)	☐	Von BC 50 SB W erfüllt	erfüllt	erfüllt
Stationäre Entziehungsmaßnahmen	☐	Von BC 50 SB W erfüllt	Von BO COMFORT-B/50, BA SP1Z-B erfüllt	erfüllt
Leistungen für Anschlussheilbehandlung	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Übernahme der stationären Kosten im Ausland ohne feste Begrenzung auf deutsche Sätze	☐	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Hospizleistung	☐	Von BC 50 SB W erfüllt	Von BA EB-BW/50, BO COMFORT-B/50, BA SP1Z-B erfüllt	erfüllt
Erstattung für Rooming-in	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: keine Einschränkung in der Entfernung	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: keine Einschränkung im Transportmittel	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: keine Einschränkung auf nächstgelegenes/nächstes Krankenhaus	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	☐	erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt

Dentaler Tarifbereich

Bereich	gefordert			
Bis Höchstsatz Gebührenordnung (Zahnersatz)	☐	Von BC 50 SB W erfüllt	erfüllt	Von Vision B50-UA erfüllt
Gebührenordnung (Zahnersatz) über Höchstsatz	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Leistung für Implantate	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Umfassende Leistung für Implantate	☐	Von BC 50 SB W erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Erstattung ohne Zahnstaffel	☐	erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Gebührenordnung (Zahnbehandlung) bis Höchstsatz	☐	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Gebührenordnung (Zahnbehandlung) über Höchstsatz	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt

Kur

Bereich	gefordert			
Kurkostenerstattung (amb.)	☐	erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Kurkostenerstattung (stat.)	☐	erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Kur: Erstattung bei Unterbringung (amb.)	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Kur: Erstattung bei Unterbringung (stat.)	☐	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt

7.) Continentale Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BA EB-BW/50, BA SP1Z-B, BA SP2-B/50, BO COMFORT-B/50

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/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-HE/50, BA EB-HE/55, BA EB-HE/60, BA EB-HE/65, BA EB-HE/70, 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 SP2-B/100, BA SP2-B/15, BA SP2-B/20, BA SP2-B/25, BA SP2-B/30, BA SP2-B/35, BO COMFORT-B/30, BO COMFORT-B/30, BO COMFORT-B/35, BO COMFORT-B/35, BO COMFORT-B/40, BO COMFORT-B/40, BO COMFORT-B/45, BO COMFORT-B/45, BO COMFORT-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, COMFORT-B/50S, EB-BB/50, EB-BB/70, EB-BB/80, EB-BE/50, EB-BE/70, EB-BE/80, EB-BU/50, 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, SP1Z-B, SP2-B/100, SP2-B/15, SP2-B/20, SP2-B/25, SP2-B/30, SP2-B/35, SP2-B/50, SP2-B/50S

8.) DBV (Zweigniederlassung der AXA)

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): B3 50-UA, BN1/1 50-UA, BN3/1 50-UA, BS 50-UA, BW2 50-UA, BWE-UA, BZ 50-UA, KUR-UA, Vision B50-UA

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-U gr. AWV, B3 30-U kl. AWV, B3 30-UA, B3 35-U, B3 35-UA, B3 45-U, B3 45-UA, B3 50-U, B3 50T-U, BN HF-UZ, BN1/1 20-U, BN1/1 20-UA, BN1/1 30-U, BN1/1 30-U gr. AWV, BN1/1 30-U kl. AWV, 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, BN1/2 20-U, BN1/2 20-UA, BN1/2 30-U, BN1/2 30-UA, BN1/2 50-U, BN1/2 50-UA, BN3/1 20-U, BN3/1 20-UA, BN3/1 30-U, BN3/1 30-U gr. AWV, BN3/1 30-U kl. AWV, 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, BN3/2 20-U, BN3/2 20-UA, BN3/2 30-U, BN3/2 30-UA, BN3/2 50-U, BN3/2 50-UA, BS 20-U, BS 20-UA, BS 30-U, BS 30-U gr. AWV, BS 30-U kl. AWV, 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 50T-U, BSG 20-U, BSG 30-U, BSG 30-U gr. AWV, BSG 30-U kl. AWV, BSG 35-U, BSG 40-U, BSG 45-U, BSG 50-U, BSG 50T-U, BW2 00-U, BW2 00-UA, BW2 15-U, BW2 20-U, BW2 20-UA, BW2 25-U, BW2 25-UA, BW2 30-U, BW2 30-U gr. AWV, BW2 30-U kl. AWV, BW2 30-UA, BW2 35-U, BW2 35-UA, BW2 50-U, BW2 50T-U, BWE-U, BWE-U gr. AWV, BWE-U kl. AWV, BZ 20-U, BZ 20-UA, BZ 30-U, BZ 30-U gr. AWV, BZ 30-U kl. AWV, BZ 30-UA, BZ 35-U, BZ 35-UA, BZ 40-U, BZ 40-UA, BZ 45-U, BZ 45-UA, BZ 50-U, KUR-U, KUR-U/100 (Anwärter bis 19 J), KUR-UZ/100, Vision B20-U, Vision B20-UA, Vision B30-U, Vision B30-U gr. AWV, Vision B30-U kl. AWV, 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 B5035-U, Vision B5035-UA, Vision B50T-U

9.) Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): B50A, BC A, BG A, WL50A

Nicht im Ergebnis: B20, B20A, B20K, B30, 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, BC, BG, WL100, WL100A, WL15, WL15A, WL20, WL20A, WL20K, WL25, WL25A, WL30, WL30A, WL35, WL35A, WL50

10.) DKKV Deutsche Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BEXA, BKA 50., BKH1A, BKH2A 50

Nicht im Ergebnis: BEX, BEXE, BEXEA, BK 15, BK 20, BK 25, BK 30, BK 35, BK 40, BK 45, BK 50, BKA 15, BKA 20, BKA 25, BKA 30, BKA 30., BKA 35, BKA 40, BKA 45, 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, BKEF20, BKH1, BKH2 100, BKH2 15, BKH2 20, BKH2 25, BKH2 30, BKH2 35, BKH2 50, BKH2A 100, BKH2A 15, BKH2A 20, BKH2A 25, BKH2A 30, BKH2A 35, BKH2F 20, BKHE 15, BKHEA 15, BZA 20, BZA 25, BZA 30, BZA 35, BZA 40, BZA 50, BZEA

11.) Gothaer Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BE, BWA 50, BWS 50, BWZ 50

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

12.) Hallesche Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): CSD., SBB BEc.50, SBB CG.250, SBB PRIMO B.50

Nicht im Ergebnis: BEa.50, BEa.70, BEa.80, BEb.50, BEb.70, BEb.80, BEc.50, BEc.70, BEc.80, CAZ.120, CAZ.20, CAZ.30, CAZ.35, CAZ.40, CAZ.45, CAZ.50, CG.2(B), CG.215, CG.220, CG.225, CG.230, CG.235, CG.250, CG.320, CSR.120, CSR.15, CSR.20, CSR.25, CSR.30, CSR.35, CSR.40, CSR.45, CSR.50, PRIMO B.120, PRIMO B.20, PRIMO B.30, PRIMO B.50, SBB BEa.50, SBB BEa.70, SBB BEb.50, SBB BEb.70, SBB CG.2(B), SBB CG.230, SBB PRIMO B.30

13.) HanseMercur Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): A 50A, BET A, KB/50, KBE, P2EB50A(20-38), P3B50A, ZA 50A

Nicht im Ergebnis: A 20, A 20A, A 20Z, A 20Z, A 20Z, A 30, A 30, A 30, A 30, A 30A, A 35, A 35, A 35, A 35, A 35A, A 40, A 40A, A 45, A 45A, A 50, A 50, A 50, BET, BET, BET, BET, BET, BET A, BET., BET., BET., KB/20, KB/30, KB/30, KB/35, KB/35, KB/40, KB/40, KB/45, KB/45, KB/50, P2EB100, P2EB100, P2EB100, P2EB100, P2EB100A(20-38), P2EB15, P2EB15A(20-38), P2EB20, P2EB20A(20-38), P2EB25, P2EB30, P2EB30, P2EB30, P2EB30, P2EB30, P2EB30A(20-38), P2EB35, P2EB35A(20-38), P2EB50, P2EB50, P2EB50, P2EZ, P2EZ, P2EZ, P3B15, P3B15A, P3B20, P3B20A, P3B25, P3B30, P3B30, P3B30, P3B30, P3B30A, P3B35, P3B35, P3B35, P3B35, P3B35A, P3B40, P3B40A, P3B45, P3B45A, P3B50, P3B50, P3B50, P3Z, P3Z, P3Z, ZA 20, ZA 20A, ZA 30, ZA 30, ZA 30, ZA 30, ZA 30A, ZA 35, ZA 35, ZA 35, ZA 35, ZA 35A, ZA 40, ZA 40A, ZA 45, ZA 45A, ZA 50, ZA 50, ZA 50

14.) HUK-COBURG 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 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, BE2, 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

15.) Inter Krankenversicherung AG

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, BE U, 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, BK 50/50U, BKZ U, BW 100U, BW 15U, BW 20U, BW 25U, BW 30U, BW 35U, BW 50U

16.) LVM Krankenversicherungs-AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): ABA 50, EBA 1, EBA 2, SBA 250, ZBA 50

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

17.) Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): 022, 726 A, 734 PLUS A

Nicht im Ergebnis: 026, 028, 032, 036, 038, 712, 713, 714, 715, 716, 718, 719, 725, 725 A, 726, 733 COMFORT, 733 COMFORT A, 734 PLUS, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 782, 783, 784, 785, 786, 788, 789, 799, 902, 903, 904, 905, 906, 908, 909, 932, 936, 938, 939, 970, 972, 975, 976, 977, 978, 979

18.) Nürnberger Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BAE, BAK 50, BAS 250

Nicht im Ergebnis: BAK 20, BAK 30, BAK 35, BAK 35H, BAK 40, BAK 40H, BAK 45, BAK 45H, BAK 50H, BAS 200, BAS 220, BAS 225, BAS 230, BAS 235, BE, BK 20, BK 21, BK 30, BK 35, BK 35H, BK 40, BK 40H, BK 45, BK 45H, BK 50, BK 50H, BS 220, BS 221, BS 225, BS 230, BS 235, BS 250, S 2 (B)

19.) ottonova Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BAZW50, BBCW50, BECW100, BSW50

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

20.) 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

21.) R + V Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BB50B, EB 1B, EB 2B, W150B, W250B

Nicht im Ergebnis: BB20, BB20B, BB20E, BB30, BB30B, BB35, BB35B, BB40, BB40B, BB45, BB45B, BB50, BH30, BH30B, BH35, BH35B, BH40, BH40B, BH45, BH45B, BH50, BH50B, EB 1, EB 2, W100, W100B, W115, W115B, W120, W120B, W120E, W125, W125B, W130, W130B, W135, W135B, W150, W200, W200B, W215, W215B, W220, W220B, W220E, W225, W225B, W230, W230B, W235, W235B, W250

22.) SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): R-EXKLUSIV-B 50, R-EXKLUSIV-B-E1 50, R-EXKLUSIV-B-ES 50, R-EXKLUSIV-B-W 50, R-KOMFORT-B-E1 50, R-KOMFORT-B-W+ 50, R-KOMFORT-B+ 50

Nicht im Ergebnis: EXKL.-B-E1 70 gr.AWV, EXKL.-B-E1 70 kl.AWV, EXKL.-B-ES 70 gr.AWV, EXKL.-B-ES 70 kl.AWV, EXKLUSIV-B 20, EXKLUSIV-B 20V, EXKLUSIV-B 30, 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 50, EXKLUSIV-B-E 70, EXKLUSIV-B-E 80, EXKLUSIV-B-E1 50, EXKLUSIV-B-E1 55, EXKLUSIV-B-E1 60, EXKLUSIV-B-E1 65, EXKLUSIV-B-E1 70, EXKLUSIV-B-E1 80, EXKLUSIV-B-ES 50, 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 20V, EXKLUSIV-B-W 25, EXKLUSIV-B-W 30, EXKLUSIV-B-W 30 gr.AWV, EXKLUSIV-B-W 30 kl.AWV, EXKLUSIV-B-W 35, EXKLUSIV-B-W 50, KlinikUNFALLpur, KOMFORT-B-E 50, KOMFORT-B-E 70, KOMFORT-B-E 80, KOMFORT-B-E1 50, KOMFORT-B-E1 55, KOMFORT-B-E1 60, KOMFORT-B-E1 65, KOMFORT-B-E1 70, KOMFORT-B-E1 80, KOMFORT-B-E170 gr.AWV, KOMFORT-B-E170 kl.AWV, KOMFORT-B-W+ 100, KOMFORT-B-W+ 15, KOMFORT-B-W+ 20, KOMFORT-B-W+ 20V, KOMFORT-B-W+ 25, KOMFORT-B-W+ 30, KOMFORT-B-W+ 30 gr.AWV, KOMFORT-B-W+ 30 kl.AWV, KOMFORT-B-W+ 35, KOMFORT-B-W+ 50, KOMFORT-B+ 20, KOMFORT-B+ 20V, KOMFORT-B+ 30, KOMFORT-B+ 30 gr.AWV, KOMFORT-B+ 30 kl.AWV, 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, 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 50/35, R-EXKLUSIV-B-E 50, R-EXKLUSIV-B-E 70, R-EXKLUSIV-B-E 80, R-EXKLUSIV-B-E1 55, R-EXKLUSIV-B-E1 60, R-EXKLUSIV-B-E1 65, R-EXKLUSIV-B-E1 70, R-EXKLUSIV-B-E1 80, 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-E 50, R-KOMFORT-B-E 70, R-KOMFORT-B-E 80, R-KOMFORT-B-E1 55, R-KOMFORT-B-E1 60, R-KOMFORT-B-E1 65, R-KOMFORT-B-E1 70, R-KOMFORT-B-E1 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+ 20, R-KOMFORT-B+ 30, R-KOMFORT-B+ 30/15, R-KOMFORT-B+ 35, R-KOMFORT-B+ 40, R-KOMFORT-B+ 40/25, R-KOMFORT-B+ 45, R-KOMFORT-B+ 45/30, R-KOMFORT-B+ 50/35, 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

23.) SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

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

24.) 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

25.) Union Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BC 50 SB W, BC 50 W, BErgänzung+ W, BKlinik+ 50 W, BZahn+ W

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

26.) uniVersa Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): uni-A 50 BBAE, uni-B Start A 50, uni-B Start ST 2/50, uni-B Start ZA 50, uni-BZ 50 BBAE, uni-ST 2/50 BBAE, uni-ZA 50 BBAE

Nicht im Ergebnis: uni-A 20, uni-A 20 BBAE, uni-A 20R, uni-A 30, 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-AWG, uni-B Start A 30, uni-B Start A 35, uni-B Start A 40, uni-B Start A 45, 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 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-BZ 20, uni-BZ 20 BBAE, uni-BZ 30, uni-BZ 30 BBAE, uni-BZ 50, uni-ST 1/20, uni-ST 1/20R, uni-ST 1/25, uni-ST 1/30, uni-ST 1/35, uni-ST 1/50, uni-ST 2/20, uni-ST 2/20 BBAE, uni-ST 2/20R, uni-ST 2/25, uni-ST 2/25 BBAE, uni-ST 2/30, uni-ST 2/30 BBAE, uni-ST 2/35, uni-ST 2/35 BBAE, uni-ST 2/50, uni-ST 3/20, uni-ST 3/20 BBAE, uni-ST 3/20R, uni-ST 3/25, uni-ST 3/25 BBAE, uni-ST 3/30, 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 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

27.) VRK Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): BAK50, BAR50, BE2A, BEZE

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 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 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, BE3, BE3A, BEWE, BEWL, BEWLA, 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: [REDACTED]	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.
Produktempfehlung 2: [REDACTED]	
BO COMFORT-B/50	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.
Produktempfehlung 3: [REDACTED]	
Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.

Arznei- und Verbandmittel	Werden Arznei- und Verbandmittel erstattet?
Produktempfehlung 1: [REDACTED]	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel inkl. bilanzierte Diäten zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden, Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten (Trinknahrung) zur enteralen Ernährung sowie bei Säuglingen und Kleinkinder bis zum dritten Geburtstag bei einer Kuhmilchproteinallergie oder zur diagnostischen Abklärung bei Neurodermitis. Keine Leistungen erfolgen für Nahrungsergänzungsmittel, medizinische Weine, Badezusätze sowie sonstige Präparate, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die der allgemeinen Stärkung, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, der Gewichtsreduktion oder der Reinigung und Pflege.
Produktempfehlung 2: [REDACTED]	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.
BO COMFORT-B/50	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Arzneimittel (als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente) sowie für Verbandmittel. Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondennahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist. Nicht erstattungsfähig sind Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer u.ä.
Produktempfehlung 3: [REDACTED]	
BN3/1 50-UA	Nein, keine Leistungen.
Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe 80% der Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 1.000 Euro, der darüber hinaus gehende Teil wird zu 100% gemäß der jeweiligen Beihilfestufe gezahlt. Bei versicherten Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt die Erstattung zu 100% gemäß der jeweiligen Beihilfestufe. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden. Keine Leistungen erfolgen für Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts, Abführmittel, Badezusätze, Potenzmittel, Haarwuchsmittel, Empfängnisverhütende Mittel (z. B. Ovulationshemmer), es sei denn, es liegt eine Grunderkrankung vor, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, Präparate zur Raucherentwöhnung, Präparate, die im Rahmen von Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle- Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z. B. Faltenglättung) eingesetzt werden, Vitaminpräparate mit Ausnahme von Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankheiten, kosmetische Mittel, Pflegemittel sowie Mineralwässer, auch wenn sie von einem Leistungserbringer im Gesundheitswesen verordnet sind. Nach ärztlicher Verordnung und des Versicherers sind die Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Ambulante Kuren	Werden ambulante Kurleistungen erstattet?
Produktempfehlung 1: [REDACTED]	
BC 50 SB W	Bei einer ärztlich verordneten Kur erstattet der Versicherer ärztliche Leistungen, Arzneimittel sowie Aufwendungen für Heilmittel. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Unterbringung und Verpflegung.
Produktempfehlung 2: [REDACTED]	
BA EB-BW/50, BO COMFORT-B/50	Aus diesem Tarif erfolgen keine Leistungen bei ambulanter Kur. Der Versicherer bietet hierfür den Kurkostentarif KS-U an.
Produktempfehlung 3: [REDACTED]	
BN3/1 50-UA, Vision B50-UA	Nein, keine Leistungen.

Beitragsrückerstattung	Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?
Produktempfehlung 1: [REDACTED]	
BC 50 SB W	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung (BRE) werden zukünftig bereits ab dem ersten Jahr 6,0 MB geleistet, inkl. unterjährig. Ambulante und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen haben keinen Einfluss auf die BRE.
Produktempfehlung 2: [REDACTED]	
BA EB-BW/50, BO COMFORT-B/50	Der Versicherer erbringt ab dem ersten leistungsfreien Versicherungsjahr eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung in Höhe von 3 Monatsbeiträgen. Im ersten Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig wird für Versicherte ab dem 21. Lebensjahr ebenfalls gezahlt.
Produktempfehlung 3: [REDACTED]	
BN3/1 50-UA	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden ab dem 1. vollständig versicherten, leistungsfreien Jahr 1/2 Jahresbeitrag gezahlt.
Vision B50-UA	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden ab dem 1. vollständig versicherten, leistungsfreien Jahr 1/2 Jahresbeitrag gezahlt. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich

Besonderheiten	Gibt es Besonderheiten?
Produktempfehlung 1: [REDACTED]	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe bei einer häuslichen Entbindung die Kosten der ärztlichen Behandlung und die Hebammenkosten bzw. Kosten des Entbindungspfleger. Weiterhin erstattet der Versicherer unabhängig von der versicherten Tarifstufe Leistungen mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 % für Krankenrücktransport, Überführung und Bestattung bei Auslandsaufenthalten.
Produktempfehlung 2: [REDACTED]	
BA EB-BW/50	Selbstbeteiligungen des Tarifs COMFORT-B und die Leistungsminderung bei Hilfsmitteln, wenn kein Kostenvoranschlag eingereicht wurde, werden aus diesem Tarif nicht erstattet. Von der Beihilfe einbehaltene Kostendämpfungspauschalen, sowie Bestattungskosten werden nicht erstattet. Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren und die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft werden aus diesem Tarif nicht erstattet.
BO COMFORT-B/50	Erstattungsfähig ist, nach vorheriger schriftlicher Zusage, die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft für maximal drei Versuche (ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen und Arznei- und Verbandmittel) - unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren -, wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt. Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen bei der privaten Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und daraus kein Leistungsanspruch für Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft hergeleitet werden kann. Weitere Voraussetzungen sind, dass eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet. Dieser Tarif bietet auch Leistungen für Rücktransport und Überführung aus dem Ausland. Darüber hinaus gibt es den Continentale Gesundheitservice, der rund um die Uhr umfangreiche Assistance- Leistungen durch qualifizierte Mitarbeiter oder auch Ärzte im In- und Ausland bietet.

Besonderheiten	Gibt es Besonderheiten?
Produktempfehlung 3	
BN3/1 50-UA	Dieser Tarif bietet Auslandsreisenschutz für die Dauer von max. 2 Monaten, sowie medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland.
Vision B50-UA	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	
BC 50 SB W	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ.
Produktempfehlung 2	
BA EB-BW/50, BO COMFORT-B/50	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ.
Produktempfehlung 3	
BN3/1 50-UA, Vision B50-UA	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ. In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen leistet der Versicherer nach vorheriger Zusage auch über den Höchstsatz.

Heilmittel	Werden Heilmittel erstattet?
Produktempfehlung 1	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Heilmittel bis zu den beihilfefähigen Höchstsätzen des Bundes. Hierzu gehören zum Beispiel Physiotherapie (Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder), Logopädie, Ergotherapie, Podologie und Osteopathie.
Produktempfehlung 2	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.
BO COMFORT-B/50	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Kosten für Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen, die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienen.
Produktempfehlung 3	
BN3/1 50-UA	Nein, keine Leistungen.
Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe Aufwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder, Ergotherapie und Logopädie) höchstens bis zur Höhe der nach den Beihilfavorschriften des Bundes beihilfefähigen Höchstsätzen.

Heilpraktiker	Werden Heilpraktikerleistungen erstattet?
Produktempfehlung 1	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Heilpraktikers bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich Arznei und Verbandmittel. Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem GebüH und darüber hinaus sonstige von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind. Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.

Heilpraktiker	Werden Heilpraktikerleistungen erstattet?
Produktempfehlung	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarilstufe erstattet.
BO COMFORT-B/50	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch für die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem tariflichen Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren ergeben. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.
Produktempfehlung 3	
BN3/1 50-UA	Erstattet werden im Rahmen des Leistungsversprechen von dem Haupttarif 100% der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung aus Tarif VisionB verbleibenden Restkosten für Behandlungen bis zum Höchstsatz des GebüH.
Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe 100% der Aufwendungen für Behandlungen bis zu den Höchstsätzen des GebüH.

Hilfsmittel	Werden Hilfsmittel erstattet?
Produktempfehlung 1:	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen und Reparaturen (max. bis zum Preis für die Neuanschaffung) für Hilfsmittel, wie z.B. Geh- und Stehhilfen, Rollstühle, Orthesen und orthopädische Schienen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte. Weiterhin auch die Anschaffung eines Blindenhundes inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen. Die Erstattungsfähigkeit für Hörgeräte ist auf 1.500 Euro Rechnungsbetrag je Ohr begrenzt. Erstattet wird auch die Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe (zum Beispiel Gebärdendolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern diese für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.
Produktempfehlung 2:	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarilstufe erstattet. Für Hilfsmittel, deren Kosten 1.000 Euro übersteigen, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen für das Hilfsmittel zu 80 % erbracht.
BO COMFORT-B/50	Erstattet werden gemäß dem versicherten Erstattungsprozentsatz die Aufwendungen für technische Mittel oder Körperersatzstücke in einfacher Ausführung, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel. Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig. Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000 Euro, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80 % erbracht.

Hilfsmittel	Werden Hilfsmittel erstattet?
Produktempfehlung S. 1	
BN3/1 50-UA	Erstattet werden im Rahmen des Leistungsversprechens von dem Haupttarif 100% der nach Anrechnung der evt. Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung aus Tarif VisionB verbleibenden Restkosten.
Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1.300 Euro pro Ohr innerhalb 3 KJ), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien; Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh Eigenanteil von 25 Euro), orthopädische Schuhzurichtungen und Schuheinlagen (max. 4 Paar/KJ); 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); Krankentransporte, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergikerbettwäsche (= Encasings, bis max. 200 Euro/KJ), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt - eines Blindenhundes; Bewegungsschienen (max. 600 Euro pro Versicherungsfall) und Tens-/EMS-Geräte (bis 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 werden.) 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. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis in einigen, im Tarif genannten Fällen keinen Gebrauch bei orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung; Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostomaartikel, Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenstock und Blindenhund, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte; Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.

Häusliche Krankenpflege	Wird für eine häusliche Krankenpflege geleistet?
Produktempfehlung S. 1	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege.
Produktempfehlung S. 1	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.
BO COMFORT-B/50	Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Als Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Kathederwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern. Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.
Produktempfehlung S. 1	
Vision B50-UA	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	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Arznei und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen. Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Höchstsätzen erstattet, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
Produktempfehlung 2	
BO COMFORT-B/50	Verrichtungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und sonstige von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem tariflichen Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren ergeben, werden auch wenn sie von Ärzten durchgeführt werden und nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind, bis zu den Mindestsätzen des GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen gemäß dem versicherten Erstattungsprozentsatz erstattet.
Produktempfehlung 3	
BN3/1 50-UA, Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen bei Behandlungen durch den Arzt oder Heilpraktiker.
Psychotherapie	Wird für Psychotherapie geleistet?
Produktempfehlung	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Kosten für bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr, ggf. wird für weitere Sitzungen geleistet, sofern die Beihilfe Leistungen erbringt. Psychotherapeutische Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.
Produktempfehlung 2:	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Taristufe erstattet.
BO COMFORT-B/50	Erstattet werden gemäß dem versicherten Erstattungsprozentsatz die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie für höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr. Für die ersten 30 Sitzungen werden die Kosten ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, darüber hinaus ist vor Fortsetzung der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erforderlich. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn diese von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - in eigener Praxis- durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattet.
Produktempfehlung 3:	
BN3/1 50-UA	Nein, keine Leistungen.
Vision B50-UA	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. Erstattungsfähig sind bis 30 Sitzungen mit 100%, 31.- 60. Sitzung mit 80% und ab der 61. Sitzung mit 70%.

Sehhilfen	Werden Sehhilfen erstattet?
Produktempfehlung 1	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt max. 500 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren. Der Versicherer erstattet darüber hinaus Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker.
Produktempfehlung 2	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. Die Leistungsperiode, die für den Tarif COMFORT-B gilt, gilt auch für Kosten, die aus diesem Tarif für Sehhilfen erstattet werden.
BO COMFORT-B/50	Kosten für Sehhilfen sind je Leistungsperiode insgesamt bis zu 300 Euro erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Kosten werden mit dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.
Produktempfehlung 3	
BN3/1 50-UA	Erstattet werden 100% der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung aus Tarif VisionB verbleibenden Restkosten für Brillengläser, Fassungen und Kontaktlinsen, ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 Euro je Kalenderjahr.
Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Brillengläser, Fassungen und Kontaktlinsen, ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 Euro je Kalenderjahr.

Operative Sehschärfenkorrektur	Wird für operative Sehschärfenkorrekturen geleistet?
Produktempfehlung 1	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für operative Maßnahmen zur Behebung einer Fehlsichtigkeit.
Produktempfehlung 2	
BA EB-BW/50, BO COMFORT-B/50	Nein, keine Leistungen.
Produktempfehlung 3	
BN3/1 50-UA	Nein, keine Leistungen.
Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro je Auge. Ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von 10 Jahren.

Transportkosten ambulant	Werden die Transportkosten zu einer ambulanten Heilbehandlung erstattet?
Produktempfehlung 1	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge zum Arzt oder Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranen-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern. Kosten für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus werden ebenfalls erstattet, wenn eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens benötigt werden. Darüber hinaus für nachgewiesene Fahrtkosten zur ambulanten Heilbehandlung bis zu 50 Euro Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehfähigkeit und schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse).

Transportkosten ambulant	Werden die Transportkosten zu einer ambulanten Heilbehandlung erstattet?
Produktempfehlung 1	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarilstufe erstattet.
BO COMFORT-B/50	Erstattet werden gemäß dem versicherten Erstattungsprozentsatz die Aufwendungen für notwendige Transporte nach einem Unfall bzw. Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeug) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus und ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung, sowie ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine außergewöhnliche Gehbehinderung, Blindheit, Hilflosigkeit oder eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt. Bei Pflegegrad 3 muss auf Verlangen dem Versicherer eine Beeinträchtigung der Mobilität nachgewiesen werden.
Produktempfehlung 3	
BN3/1 50-UA	Nein, keine Leistungen.
Vision B50-UA	Erstattet werden 100% des versicherten Prozentsatzes der Aufwendungen für Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit 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	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Kosten für gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die in den gesetzlichen Programmen vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewandt.
Produktempfehlung 2	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarilstufe erstattet.
BO COMFORT-B/50	Ja, gemäß versichertem Erstattungsprozentsatz für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.
Produktempfehlung 3	
BN3/1 50-UA	Nein, keine Leistungen.
Vision B50-UA	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	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Leistungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, ausgenommen solche aus Anlass einer privaten Reise ins Ausland und beruflicher Tätigkeit.
Produktempfehlung 2	
BA EB-BW/50	Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarilstufe erstattet.
BO COMFORT-B/50	Erstattet werden gemäß dem versicherten Erstattungsprozentsatz die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

Schutzimpfungen	Werden Schutzimpfungen erstattet?
Produktempfehlung 3: [REDACTED]	
BN3/1 50-UA	Nein, keine Leistungen.
Vision B50-UA	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: [REDACTED]	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe für Entwöhnungs- oder Entzugsbehandlungen. Darunter sind alle ambulanten und stationären Behandlungen zu verstehen, die darauf abzielen, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder anderen Suchtmitteln zu lösen. Erstattet werden nur drei ambulante oder stationäre Maßnahmen pro versicherter Person während der gesamten Vertragslaufzeit. Die Behandlung muss in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungskonzept verfügen. Bei stationärer Behandlung werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.
Produktempfehlung 2: [REDACTED]	
BA EB-BW/50	Nein, keine Leistungen.
BO COMFORT-B/50	Erstattet werden nach schriftlicher Zusage die Kosten für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entwöhnungskuren. Die Zusage wird erteilt, wenn keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen und die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt wird. Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit sind nicht erstattungsfähig.
Produktempfehlung 3: [REDACTED]	
Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe, berechnet aus 80%, die Aufwendungen für Entziehungs-/ Entwöhnungskuren. 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: [REDACTED]	
BC 50 SB W	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für ambulante Palliativversorgung.
Produktempfehlung 2: Continentale	
BA EB-BW/50	Nein, keine Leistung.
BO COMFORT-B/50	Ja, Leistungen erfolgen in Form der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach ärztlicher Verordnung durch geeignete Leistungserbringer. 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. Weiterhin muss eine Spezifikation der im Rahmen der Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer, sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden. Bestehen andere Ansprüche auf Erstattung, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.
Produktempfehlung 3: [REDACTED]	
Vision B50-UA	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Stationär

Ausgleichs-KHT - Werden Ausgleichsleistungen bei Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen erstattet?		
BC 50 SB W - Nein, keine Leistungen. BKlinik+ 50 W - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 25 Euro gezahlt.	BA SP1Z-B - Bei Verzicht auf Kostenerstattung für das Ein-Bett-Zimmer wird ein KHT von 20 Euro gezahlt. BA SP2-B/50 - Bei Verzicht auf Kostenerstattung für das Zwei-Bett-Zimmer wird ein KHT mit dem versicherten Prozentsatz von 20 Euro gezahlt. Bei Verzicht auf Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung wird ein KHT mit dem versicherten Prozentsatz von 50 Euro gezahlt. BO COMFORT-B/50 - Nein, keine Leistungen.	BW2 50-UA - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 44 Euro gezahlt. Vision B50-UA - Nein, keine Leistungen.
Beitragsrückerstattung - Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?		
BC 50 SB W - Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung (BRE) werden zukünftig bereits ab dem ersten Jahr 6,0 MB geleistet, inkl. unterjährig. Ambulante und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen haben keinen Einfluss auf die BRE. BKlinik+ 50 W - Nein.	BA EB-BW/50, BO COMFORT-B/50 - Der Versicherer erbringt ab dem ersten leistungsfreien Versicherungsjahr eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung in Höhe von 3 Monatsbeiträgen. Im ersten Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig. wird für Versicherte ab dem 21. Lebensjahr ebenfalls gezahlt. BA SP2-B/50, BA SP1Z-B - Nein.	BW2 50-UA - Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden ab dem 1. vollständig versicherten, leistungsfreien Jahr 1/ 2 Jahresbeitrag gezahlt. Vision B50-UA - Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden bei Leistungsfreiheit 3 Monatsbeiträge gezahlt, unabhängig von der Anzahl der leistungsfreien Jahre. Als Bemessungssatz für die Rückzahlung erfolgen 50% der Tarifbeitrages. Unter bestimmten Voraussetzungen monatlicher Bonus von 30 Euro als Vorauszahlung auf die BRE.

Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?		
BC 50 SB W - Dieser Tarif sieht ebenfalls Leistungen für ambulante Operationen im Krankenhaus vor. BKlinik+ 50 W - Ja, gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für stationärer Entbindung; vor- und nachstationärer Behandlung.	BA EB-BW/50 - Selbstbeteiligungen des Tarifs COMFORT-B werden aus diesem Tarif nicht erstattet. Von der Beihilfe einbehaltene Kostendämpfungspauschalen, Kürzungen der Bezüge bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen sowie Bestattungskosten werden nicht erstattet. Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren, die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden (Privatkliniken), werden aus diesem Tarif nicht erstattet. BA SP2-B/50, BA SP1Z-B - Nein. BO COMFORT-B/50 - Dieser Tarif bietet zusätzlich Leistungen bei Rücktransport aus dem Ausland, Überführung und Bestattung. Erstattung auch für die notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Darüber hinaus gibt es den Continentale Gesundheitsservice, der rund um die Uhr umfangreiche Assistance-Leistungen durch qualifizierte Mitarbeiter oder auch Ärzte im In- und Ausland bietet.	BW2 50-UA - 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. Vision B50-UA - Dieser Tarif leistet auch für teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung, voll- und teilstationäre Hospizversorgung sowie für medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland.
Gebührenordnung - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung verzichtet?		
Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ.	BA SP1Z-B - entfällt. BA SP2-B/50 - Soweit eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt, wird auch über dem Höchstsatz der GOÄ hinaus erstattet. BO COMFORT-B/50 - Nein, Erstattung bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ.	BW2 50-UA - 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. Vision B50-UA - Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ. In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen leistet der Versicherer nach vorheriger Zusage auch über den Höchstsatz.
Stationäre Kuren - Werden stationäre Kurleistungen erstattet?		
BC 50 SB W - Bei einer ärztlich verordneten Kur erstattet der Versicherer ärztliche Leistungen, Arzneimittel sowie Aufwendungen für Heilmittel. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Unterbringung und Verpflegung. BKlinik+ 50 W - Nein, keine Leistungen.	Aus diesem Tarif erfolgen keine Leistungen bei stationärer Kur. Der Versicherer bietet hierfür den Kurkostentarif KS-U und den Kurtagegeldtarif KS1-U an.	Nein, keine Leistungen.

BC 50 SB W	COM 50 SB W	BC 50 SB W
Anschlussheilbehandlung - Leistet der Tarif für Anschlussheilbehandlung?		
BC 50 SB W - Ja, erstattet wird bei Anschlussheilbehandlung für allgemeine Krankenhausleistungen, d.h., für Unterbringung, Verpflegung, Pflege, Therapie und allgemeine ärztliche Leistungen. Hierfür sind die Sätze der preiswertesten Zimmerkategorie des Krankenhauses erstattungsfähig, sowie für belegärztliche Leistungen. Der Versicherer muß hierfür eine vorherige schriftliche Zusage erteilt haben. Es besteht kein Anspruch, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger für eine Anschlussheilbehandlung in Anspruch genommen werden kann. Rehabilitationsträger, so ist der Versicherer - unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld - nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des andere Kostenträgers notwendig bleiben. BKlinik+ 50 W - Ja, Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitation werden mit dem vereinbarten Prozentsatz folgende Wahlleistungen erstattet: gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefonanschluss, Fernseher und Internetzugang. Bei Wahl eines Einbettzimmers besteht Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen, die bei Wahl eines Zweibettzimmers entstanden wären	Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation, soweit für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.	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.

BKK		
Stationäre Kostenerstattung - Welche Kostenerstattung sieht der Tarif bei einer stationären Heilbehandlung vor?		
BC 50 SB W - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der Leistungen für Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger. BKlinik+ 50 W - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für die Wahlleistungen zur gesonderten Unterbringung im 2-Bettzimmer und die gesondert privatärztliche Behandlung. Weiterhin vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefonanschluss, Fernseher und Internetzugang. Bei Wahl eines Einbettzimmers besteht Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen, die bei Wahl eines Zweibettzimmers entstanden wären	BA EB-BW/50 - Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. BA SP1Z-B - Erstattet wird die Differenz zwischen den Kosten für die Unterkunft im 2-Bett-Zimmer und den Kosten für die Unterkunft im 1-Bett-Zimmer. BA SP2-B/50 - Erstattet werden mit dem versicherten Prozentsatz die Aufwendungen für die Wahlleistungen für gesonderte Unterbringung im 2-Bettzimmer einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen der privatärztlichen Behandlung. BO COMFORT-B/50 - Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes sowie belegärztlicher Leistungen. (Auch Kosten für allg. KH-Leistungen i.S.d. Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die dieser Verordnung bzw. dem Gesetz nicht unterliegen.) Kosten für Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) erstattungsfähig.	BW2 50-UA - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die Wahlleistungen zur gesonderten Unterbringung im 2-Bettzimmer einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen der privatärztlichen Behandlung und Hebammenkosten. Vision B50-UA - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme und des -entbindungspflegers.

E	C	F
Transportkosten stat. - Werden die Transportkosten zu einer stationären Behandlung erstattet?		
BC 50 SB W - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge oder die medizinisch notwendige Verlegung zum Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern. Kosten für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen zur Behandlung geeigneten Krankenhaus werden ebenfalls erstattet, wenn dafür eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden. Weiterhin Erstattung nachgewiesener Fahrtkosten zur stationären Heilbehandlung bis zu 50 Euro Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehfähigkeit und schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse). BKlinik+ 50 W - Nein, keine Leistungen.	BA EB-BW/50 - Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. BA SP2-B/50, BA SP1Z-B - Nein, keine Leistungen. BO COMFORT-B/50 - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.	BW2 50-UA - Nein, keine Leistungen. Vision B50-UA - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für einen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.
Stationäre Psychotherapie - Welche Kostenerstattung sieht der Tarif bei einer stationären Psychotherapie vor?		
BC 50 SB W - Die Aufwendungen für stationäre Psychotherapie werden wie stationäre Heilbehandlung ohne weitere Einschränkungen erstattet. BKlinik+ 50 W - Die stationäre Psychotherapie ist gemäß den AVB nicht explizit ausgeschlossen, d.h. bei einer medizinischen Notwendigkeit wird daher im tariflichen Umfang geleistet.	Die stationäre Psychotherapie ist gemäß den AVB nicht explizit ausgeschlossen, d.h. bei einer medizinischen Notwendigkeit wird daher im tariflichen Umfang geleistet.	Die stationäre Psychotherapie ist gemäß den AVB nicht explizit ausgeschlossen, d.h. bei einer medizinischen Notwendigkeit wird daher im tariflichen Umfang geleistet.

BI [REDACTED]	COMFORT-B/50 [REDACTED]	[REDACTED]
Entziehungsmaßnahmen - Werden Entziehungsmaßnahmen erstattet?		
BC 50 SB W - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe für Entwöhnungs- oder Entzugsbehandlungen. Darunter sind alle ambulanten und stationären Behandlungen zu verstehen, die darauf abzielen, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder anderen Suchtmitteln zu lösen. Erstattet werden nur drei ambulante oder stationäre Maßnahmen pro versicherter Person während der gesamten Vertragslaufzeit. Die Behandlung muss in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungskonzept verfügen. Bei stationärer Behandlung werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. BKlinik+ 50 W - Nein, keine Leistungen.	BA SP2-B/50, BA EB-BW/50, BA SP1Z-B - Nein, keine Leistungen. BO COMFORT-B/50 - Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Die Zusage wird erteilt, wenn keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen und die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt wird. Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit sind nicht erstattungsfähig	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.
Hospizbehandlung - Wird für Versorgung in einem stationären Hospiz geleistet?		
BC 50 SB W - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet. BKlinik+ 50 W - Nein, keine Leistungen.	BA SP2-B/50, BA SP1Z-B - Nein, keine Leistungen. BO COMFORT-B/50 - Erstattungsfähig sind die Kosten für vollstationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig. Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.	Erstattet wird gemäß der jeweiligen Prozentstufe für voll- oder teilstationäre Hospizversorgung.
Rooming-In - Werden Aufwendungen für "Rooming-In" erstattet?		
BC 50 SB W - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson bei stationärer Behandlung eines versicherten Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind nicht älter als 11 Jahre alt ist. BKlinik+ 50 W - Nein.	BA SP2-B/50, BA EB-BW/50, BA SP1Z-B - Nein. BO COMFORT-B/50 - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitnahme einer Begleitperson des Patienten.	BW2 50-UA - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzung ist, dass das Kind das 5. LJ noch nicht vollendet hat und die Kosten der Unterkunft der Begleitperson nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet. Vision B50-UA - Nein.

Dental

Zahnärztliche Behandlung - In welchem Umfang wird für Zahnbehandlung geleistet?		
BC 50 SB W - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für diagnostische und anästhetische Leistungen, chirurgische Leistungen (z. B. Knochenaufbau), Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, konservierende Leistungen. BZahn+ W - Keine Leistungen.	BA EB-BW/50 - Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. BO COMFORT-B/50 - Erstattet werden gemäß dem versicherten Erstattungsprozentsatz die Aufwendungen für allgemeine, prophylaktische, konservierende, chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen.	BN3/1 50-UA - Keine Leistungen. Vision B50-UA - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Zahnbehandlung.
Zahnersatz - In welchem Umfang wird für Zahnersatz geleistet?		
BC 50 SB W - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Kronen und Brücken (mit Verblendung) sowie Veneers, prothetische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen und zahnärztliche Leistungen. BZahn+ W - Keine Leistungen.	BA EB-BW/50 - Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. BO COMFORT-B/50 - Erstattet werden gemäß dem versicherten Erstattungsprozentsatz die Aufwendungen für Zahnersatz, das sind Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten. Außerdem für Gebissfunktionsprüfung (Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.)	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen.

Kieferorthopädie - Wie hoch ist der Erstattungssatz für kieferorthopädische Maßnahmen?		
BC 50 SB W - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, wenn der Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt. Erstattung weiterhin unabhängig vom Alter der versicherten Person, wenn diese aufgrund eines Unfalls, der nachweislich nach dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, notwendig sind oder die Beihilfe Leistungen erbringt. BZahn+ W - Keine Leistungen.	BA EB-BW/50 - Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. BO COMFORT-B/50 - Erstattet werden gemäß versichertem Erstattungsprozentsatz die Aufwendungen für Kieferorthopädie (Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten).	Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen.
Material- und Laborkosten - Werden Material- und Laborkosten erstattet?		
BC 50 SB W - Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für Material- und Laborkosten. BZahn+ W - Der Versicherer erstattet Aufwendungen für gesondert berechenbare zahntechnische Auslagen, Material- und Laborkosten bis zu einem Betrag von 6.000 Euro pro Kalenderjahr.	BA EB-BW/50 - Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. BO COMFORT-B/50 - Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für Material- und Laborkosten.	BN3/1 50-UA - Erstattet werden 100% der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung aus Tarif VisionB verbleibenden Restkosten für gesondert berechenbare zahntechnische Material- und Laborkosten bis zu den in der jeweiligen Sachkostenliste aufgeführten Höchstbeträgen im Rahmen der Erstattungsfähigkeit von Tarif Vision B. Vision B50-UA - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für gesondert berechenbare zahntechnische Material- und Laborkosten, max. bis zur Höhe des tariflichen Preisverzeichnisses.
Inlays - Werden Einlagefüllungen (Inlays) erstattet?		
BC 50 SB W - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Inlays (Kronen und Gussfüllungen) im Rahmen der Leistungen für Zahnersatz. BZahn+ W - Nein, keine Leistungen.	BA EB-BW/50 - Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. BO COMFORT-B/50 - Erstattet werden gemäß dem versicherten Erstattungsprozentsatz die Aufwendungen für Inlays.	BN3/1 50-UA - Erstattet werden 100 % der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung aus Tarif VisionB verbleibenden Restkosten nur für Material- und Laborkosten, die im Rahmen der Versorgung mit Inlays notwendig sind. Vision B50-UA - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für Inlays im Rahmen der Leistungen für Zahnersatz.
GOZ Zahnersatz - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung bei Zahnersatz verzichtet?		
BC 50 SB W - Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ. BZahn+ W - Dieser Punkt entfällt, da aus diesem Tarif nur Sachleistungen erstattet werden.	BA EB-BW/50 - Dieser Punkt entfällt, da aus diesem Tarif nur Sachleistungen erstattet werden. BO COMFORT-B/50 - Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ.	BN3/1 50-UA - Dieser Punkt entfällt, da aus diesem Tarif nur Sachleistungen erstattet werden. Vision B50-UA - Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ. In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen leistet der Versicherer nach vorheriger Zusage auch über den Höchstsatz.

Beitragsrückerstattung - Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?		
BC 50 SB W - Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung (BRE) werden zukünftig bereits ab dem ersten Jahr 6,0 MB geleistet, inkl. unterjährig, Ambulante und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen haben keinen Einfluss auf die BRE. BZahn+ W - Nein.	Der Versicherer erbringt ab dem ersten leistungsfreien Versicherungsjahr eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung in Höhe von 3 Monatsbeiträgen. Im ersten Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig, wird für Versicherte ab dem 21. Lebensjahr ebenfalls gezahlt.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden ab dem 1. vollständig versicherten, leistungsfreien Jahr 1/2 Jahresbeitrag gezahlt.
Heil- und Kostenplan - Ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen?		
BC 50 SB W - Wir empfehlen Ihnen bei Kieferorthopädischen-/ Zahnersatzmaßnahmen und Gussfüllungen (Inlays), vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft. BZahn+ W - Nein.	BA EB-BW/50 - Für zahnärztliche Leistungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen zur Hälfte erbracht. BO COMFORT-B/50 - Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen zur Hälfte erbracht.	BN3/1 50-UA - Für Material- und Laborkosten bei Zahnersatz, funktionsanalytischer und -therapeutischer Leistungen ist die Vorlage und Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes ab einem Betrag von 1.000 Euro für die Erstattung notwendig. Bei Nichtvorlage wird nur der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt. Bei Implantaten wird unter bestimmten Umständen nach Vorlage und Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes für 2 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) geleistet. Vision B50-UA - Bei Zahnersatz, funktionsanalytischer und -therapeutischer Leistungen ist die Vorlage und Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes für die Erstattung notwendig, wenn die geplante Maßnahme den Betrag von 1.000 Euro übersteigt. Bei Implantaten wird unter bestimmten Umständen nach Vorlage und Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes geleistet. In allen Fällen gilt: Reicht der Versicherungsnehmer den Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

Zahnstaffel - Sieht der Tarif eine Zahnstaffel vor?		
BC 50 SB W - Dieser Tarif sieht keine Begrenzung in Form einer Staffelung vor. BZahn+ W - Die Erstattung ist in den ersten beiden Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn auf insgesamt 2.000 Euro begrenzt.	BA EB-BW/50 - Die erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Leistungen sind ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 2.500 Euro und in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.500 Euro begrenzt. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr. Ab dem vierten Kalenderjahr sind die erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Leistungen je Leistungsperiode auf insgesamt 10.000 Euro begrenzt. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das vierte Kalenderjahr gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode. Die erstattungsfähigen Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifestufe erstattet. BO COMFORT-B/50 - Dieser Tarif sieht keine Begrenzung in Form einer Staffelung vor.	BN3/1 50-UA - Für Material- und Laborkosten bei Zahnersatz, Implantate, funktionsanalytische und -therapeutische Behandlungen sowie für Kieferorthopädie gilt: In den ersten 24 Monaten bis 1.000 Euro, in den ersten 48 Monaten bis 2.000 Euro. Vision B50-UA - Für Zahnersatz, Implantate, funktionsanalytische und -therapeutische Behandlungen sowie für Kieferorthopädie gilt: In den ersten 24 Monaten bis 1.000 Euro, in den ersten 48 Monaten bis 2.000 Euro.
Wegfall der Zahnstaffel bei Unfall - Entfällt die mögliche Zahnstaffel bei Unfall?		
BC 50 SB W - Da dieser Tarif keine Begrenzungen in Form einer Staffelung vorsieht, entfällt die Fragestellung. BZahn+ W - Ja	BA EB-BW/50 - Ja, bei einem Versicherungsfall infolge eines Unfalls entfallen die Begrenzungen. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt. BO COMFORT-B/50 - Da dieser Tarif keine Begrenzungen in Form einer Staffelung vorsieht, entfällt die Fragestellung.	Ja

Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?		
BC 50 SB W - Der Versicherer erstattet Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen einschließlich der professionellen Zahnreinigung und der Fissurenversiegelung. Der tarifliche Selbstbehalt wird für diese Leistungen nicht angerechnet. Der Anspruch auf eine mögliche erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht verwirkt. BZahn+ W - Der Versicherer erstattet bei Reisen ins Ausland bis zu einer maximalen Dauer von 56 Tagen die nach dem Tarif BeihilfeCOMFORT erstattungsfähigen Aufwendungen. Leistungen aus dem Tarif BeihilfeCOMFORT und eventuelle Leistungen der Beihilfe werden auf die Erstattung angerechnet. Die Erstattung erfolgt zu ortsüblichen Preisen. Es gelten die Summenbegrenzungen und Erstattungsgrundsätze des Tarifs BeihilfeCOMFORT. Nicht erstattet werden Aufwendungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen und Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung.	BA EB-BW/50 - Selbstbeteiligungen des Tarifs COMFORT-B und die Leistungsminderung bei Zahnersatz, wenn kein Heil- und Kostenplan eingereicht wurde, werden aus diesem Tarif nicht erstattet. Von der Beihilfe einbehaltene Kostendämpfungspauschalen werden nicht erstattet. BO COMFORT-B/50 - Nein.	BN3/1 50-UA - Nein. Vision B50-UA - 100 % des versicherten Prozentsatzes für Aufwendungen für von Zahnärzten berechneten prophylaktische zahnärztliche Leistungen, namentlich professionelle Zahnreinigung, die Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur effektiven Mundpflege, Kontrolle des Erfolges der Unterweisung und weitere Anleitung, lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz sowie die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen.
Implantate - Wie werden Implantate erstattet?		
BC 50 SB W - Implantate werden wie Zahnersatz ohne weitere Einschränkungen erstattet. BZahn+ W - Keine Leistungen.	BA EB-BW/50 - Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. BO COMFORT-B/50 - Implantate werden erstattet wie Zahnersatz, jedoch beschränkt auf 6 Stück pro Kiefer. Orale Implantate umfassen die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten, maximal 6 Implantate je Kiefer sind erstattungsfähig.	BN3/1 50-UA - Erstattet werden 100 % der nach Anrechnung der Leistungen aus der Beihilfe und Grundabsicherung aus Tarif VisionB verbleibenden Restkosten für gesondert berechenbare implantologische Material- und Laborkosten bis zu den in der jeweiligen Sachkostenliste aufgeführten Höchstbeträgen im Rahmen der Erstattungsfähigkeit von Tarif Vision B. Vision B50-UA - Erstattet werden gemäß der jeweiligen Prozentstufe die Aufwendungen für zwei Implantate pro Kiefer sofern sie wie folgt verwendet werden: zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarte Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind; Versorgung einer Frendlücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen, zur Fixierung einer Totalprothese. Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig.

GOZ Behandlung - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung bei Zahnbehandlung verzichtet?		
BC 50 SB W - Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ. BZahn+ W - Dieser Punkt entfällt, da keine Leistung für Zahnbehandlung aus diesem Tarif erfolgt.	BA EB-BW/50 - Dieser Punkt entfällt, da keine Leistung für Zahnbehandlung aus diesem Tarif erfolgt. BO COMFORT-B/50 - Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ.	BN3/1 50-UA - Dieser Punkt entfällt, da keine Leistung für Zahnbehandlung aus diesem Tarif erfolgt. Vision B50-UA - Generell erfolgt eine Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ. Hat der Versicherer einer entsprechenden individuellen und wirksamen Honorarvereinbarung zugesagt, werden auch Leistungen über den Höchstsätzen erstattet.

Allgemein

Geltungsbereich - Wie lange besteht Versicherungsschutz bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?		
Bei einem Aufenthalt außerhalb Europas besteht für die ersten zwölf Monate des Aufenthaltes Versicherungsschutz. Dauert der Aufenthalt länger, hat der der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Verlängerung des Versicherungsschutzes. Der Versicherer kann hierfür einen Beitragszuschlag verlangen. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland, besteht auch ohne eine besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei medizinischer Notwendigkeit wird dieser darüber hinaus ausgedehnt, solange eine Transportunfähigkeit besteht.	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.
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.	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.	2 Jahre.
niedrigere SB für Kinder - Ist die Selbstbeteiligung bei Kindern und Jugendlichen hälftig?		
Nein.	Da dieser Tarif keine absolute Selbstbeteiligung vorsieht, entfällt die Fragestellung.	Da dieser Tarif keine absolute Selbstbeteiligung vorsieht, entfällt die Fragestellung.

Tariflicher Selbstbehalt - Auf welche Teilbereiche bezieht sich der tariflich vereinbarte Selbstbehalt?		
Die erstattungsfähigen Aufwendungen medizinisch notwendiger ambulanter und dentaler Leistungen, werden abzüglich dem vereinbarten Selbstbehalt von insgesamt 300 Euro je Kalenderjahr gezahlt. Die Aufwendungen für stationäre Leistungen bleiben hiervon unberührt.	BA EB-BW/50 - Dieser Punkt entfällt, da die Tarifstufe keinen absoluten Selbstbehalt vorsieht. BO COMFORT-B/50 - Es gelten die Besondere Bedingungen für Beamte auf Widerruf (BO) mit Versicherungsschutz ohne Abzug eines tariflich vorgesehenen Selbstbehaltes.	BN3/1 50-UA - Dieser Punkt entfällt, da dieser Tarif keinen absoluten Selbstbehalt im Versicherungsfall vorsieht. Vision B50-UA - Dieser Punkt entfällt, da die Tarifstufe keinen absoluten Selbstbehalt vorsieht.
Wartezeiterlass - Wird auf die Wartezeiten verzichtet oder erfolgt eine Anrechnung?		
Ja, der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten.	Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten entfallen.	Der Versicherer verzichtet auf die allgemeine und besondere Wartezeit.
Optionstarif - Handelt es sich um einen Optionstarif?		
BC 50 SB W - Der Versicherungsnehmer hat das Recht, seinen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten in einen beihilfekonformen Tarif ohne Selbstbehalt umzustellen und/oder zum Grundtarif passende beihilfekonforme Ergänzungstarife, sofern Versicherungsfähigkeit besteht, für die betroffene versicherte Person zu vereinbaren. Die Umstellung bzw. die Hinzuvversicherung kann bei Eintritt der folgenden Anlässe für die jeweils betroffene versicherte Person ausgeübt werden: Ernennung zum Beamten auf Probe; Geburt oder Adoption eines Kindes; Heirat; einmalig zu Beginn des 5. Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn im Tarif BeihilfeCOMFORT. BZahn+ W - Nein.	Nein.	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.

Dauerhafter Wegzug ins Ausland - Ist die Fortführung des Versicherungsschutzes bei einem dauerhaften Wegzug ins außereuropäische Ausland möglich?		
BC 50 SB W, BKlinik+ 50 W, BZahn+ W - Ja, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat 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, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. 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). Ohne Vereinbarung endet das Versicherungsverhältnis. PVB - Nein.	BA EB-BW/50 - Ja, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat 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, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. 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). Ohne Vereinbarung endet das Versicherungsverhältnis. BA SP1Z-B, BA SP2-B/50, BO COMFORT-B/50 - Ja, sofern die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz verlegt, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Sofern eine Verlegung außerhalb dieser Staaten erfolgt, ist eine Fortführung nur durch eine gesonderte Vereinbarung möglich. Der Versicherer ist in diesem Fall berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen.	Ja, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat 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.
Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug - Besteht Anspruch auf eine Beitragsbefreiung während des Bezugs von Elterngeld?		
Nein	Nein	Nein

Was ist eine Pflegepflichtversicherung?

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung, in der alle Personen versichert sein müssen, die entweder gesetzlich oder privat krankenversichert sind.

Was heißt Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Maßgeblich für die Höhe der Leistungen ist der ärztlich festgestellte Grad der Pflegebedürftigkeit. Dieser wird anhand der Einschränkung der Selbstständigkeit gemäß einer Punkteskala mit den „neuen Begutachtungsassessments“ ermittelt.

Pflegegrad 1: Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte).

Pflegegrad 2: Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte).

Pflegegrad 3: Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte).

Pflegegrad 4: Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 bis unter 90 Punkte).

Pflegegrad 5: Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis unter 100 Punkte).

Leistungen der Pflegepflichtversicherung (monatlich):

Pflegegrad	Pflegegeld	häusliche / teilstationäre Pflege	vollstationäre Pflege
5	901 €	1.995 €	2.005 €
4	728 €	1.612 €	1.775 €
3	545 €	1.298 €	1.262 €
2	316 €	689 €	770 €
1	125 €	0 €	125 €

Darüber hinaus werden technische sowie zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel erstattet, wobei teilweise Zuzahlungen bzw. Erstattungshöchstbeträge vorgesehen sind.

Besonderheiten bei der Beitragszahlung:

Nach Ablauf einer Vorversicherungszeit von fünf Jahren wird der zu zahlende Beitrag falls nötig auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegepflichtversicherung begrenzt.

Nicht erwerbstätige Kinder sind bis zum 23. Lebensjahr bzw. in Schul- oder Berufsausbildung befindliche Kinder bis zum 25. Lebensjahr – zuzüglich der Zeiten für Wehr- oder Zivildienst – beitragsfrei mitversichert, sofern sie sich noch in der Schul- oder Berufsausbildung befinden.

Wie bei der sozialen Pflegepflichtversicherung erhalten Arbeitnehmer von Ihrem Arbeitgeber zu den Beiträgen einer privaten Pflegepflichtversicherung einen Zuschuss. Privat versicherte Rentner haben – ebenso wie gesetzlich versicherte Rentner – ihren Beitrag allein zu tragen.

Sind private Pflegezusatzversicherungen empfehlenswert?

Ja, da die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung in der Regel nicht ausreichend sind, um bei Pflegebedürftigkeit alle Kosten einer angemessenen Versorgung abzudecken. Wer nicht auf das eigene Vermögen zurückgreifen oder im schlimmsten Fall vom Sozialamt oder von direkten Angehörigen abhängig sein will, sollte eine private Pflegezusatzversicherung abschließen.

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.

Anwartschaftsversicherung

Eine kleine Anwartschaftsversicherung bietet das Recht, später den vereinbarten Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, aber zu dem zum Zeitpunkt des Auflebens gültigen Eintrittsalter aufleben zu lassen. Es wird während der kleinen Anwartschaftsversicherung keine Alterungsrückstellung gebildet.

Die große Anwartschaftsversicherung bietet die gleichen Rechte wie die kleine Anwartschaft. Darüber hinaus wird während der großen Anwartschaftsversicherung eine Alterungsrückstellung gebildet. Darum gilt beim Aufleben das ursprüngliche, nicht das zu dem Zeitpunkt gültige Eintrittsalter.

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 Gebührenordnungssätze (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 Impfkommision (STIKO)

Die Regelungen zu den Schutzimpfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, richten sich nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (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" enthalten 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 Kompaktтарifen bestehen, sowie Tarifwerke mit speziellen Tarifen für den ambulanten, stationären und dentalen Bereich. Bei Kompaktтарifen 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 Demenzzranke 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 mehreren 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 Verdienstauffüllversicherung. 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 Verdienstauffall, 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**Beitragsreduzierungstarife**

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.