

Produkttempfehlung Private Krankenversicherung

für

Frau Mara Muster

Dokumenten-ID:	42830605125
Geburtsdatum:	23.12.1993
Versicherungsbeginn:	01.03.2021
Geschlecht:	weiblich
Status:	freiberuflich

Ihre persönliche Ermittlung wurde am 23.12.2020 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 Versicherungsvertreterin/ der Versicherungsvertreter hat die Übereinstimmung der Versicherungsbedingungen mit den Vergleichsergebnissen eigenverantwortlich zu prüfen. Es besteht kein Anspruch auf Aktualität, Vollständigkeit und Richtigkeit der im Programm hinterlegten Tarifinformationen und Vergleichsergebnisse. Ich habe die vorstehenden Bedingungen gelesen und bin mit deren Geltung einverstanden.

Das Dokument enthält die folgenden Seiten:

Berechnungsgrundlage	2
Ergebnis / Tarifliste	3
Kurzübersicht der empfohlenen Tarife	4
Produktempfehlung / Einzelübersicht der empfohlenen Tarife	5
Angebotsvergleich	8
Liste der Gesellschaften im Vergleich	13
Liste der Tarife im Vergleich	14
Vergleich Leistungstexte / Leistungs- und Vertragsmerkmale	15
Begriffserklärungen	36
Glossar	38

Frau Mara Muster (Versicherungsnehmerin)

Geburtsdatum:	23.12.1993
Versicherungsbeginn:	01.03.2021
Geschlecht:	weiblich
Status:	freiberuflich/A

Die folgenden Einstellungen sind Grundlage der Berechnung:**Versicherungsart:**

Vollversicherung, mind. 1 Kompass im Unternehmensscoring, mind. 1 Eulenaugen im Leistungsrating, spezielle Haupttarife inkl. Gruppentarife, Normaltarife werden mitberechnet.
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: 60 % - 100 %

Zahnersatz: 60 % - 100 %

Kieferorthopädie: 0 % - 100 %

Krankentagegeld:

ab dem 29. Tag 110,- €

Pflegeversicherung:

mit Pflegepflicht.

Nr.	Gesellschaft	Beitrag	Beitrag mit SB	Beitrag mit BRE	SB max.	SB Typ	Betten	ZE %
Sortierung nach Gesamtbeitrag. *) Informationen zur Selbstbeteiligung finden Sie in den Tarifinformationen.								
1.	HanseMerkur	323,28	406,61	306,14	1.000	Abs.	1 oder 2 -Bett	80,00 %
KVS3, PSV, T29, PVN								
2.	HanseMerkur	335,11	418,44	317,97	1.000	Abs.	1 oder 2 -Bett	80,00 %
KVS3, PSV, SBE/500, T29, PVN								
3.	HanseMerkur	345,38	428,71	328,24	1.000	Abs.	1 oder 2 -Bett	80,00 %
EKV, KVS3, PSV, T29, PVN								
4.	HanseMerkur	346,93	430,26	329,79	1.000	Abs.	1 oder 2 -Bett	80,00 %
KVS3, PSV, SBE/1000, T29, PVN								
5.	HanseMerkur	357,21	440,54	340,07	1.000	Abs.	1 oder 2 -Bett	80,00 %
EKV, KVS3, PSV, SBE/500, T29, PVN								
6.	Continental	360,53	443,86	319,32	*)	Fall.	2 - Bett	80,00 %
COMFORT-MED, SP2, VA29-U, PVN								
7.	Continental	364,16	447,49	322,95	*)	Fall.	2 - Bett	80,00 %
COMFORT-MED, KS-U/150, SP2, VA29-U, PVN								
8.	Continental	365,03	448,36	323,82	*)	Fall.	2 - Bett	80,00 %
AV-P1, COMFORT-MED, SP2, VA29-U, PVN								
9.	Continental	368,66	451,99	327,45	*)	Fall.	2 - Bett	80,00 %
AV-P1, COMFORT-MED, KS-U/150, SP2, VA29-U, PVN								
10.	HanseMerkur	369,03	452,36	351,89	1.000	Abs.	1 oder 2 -Bett	80,00 %
EKV, KVS3, PSV, SBE/1000, T29, PVN								

Empfehlung 1: Continentale Krankenversicherung a.G.		Gesamtbeitrag: 545,06 €
PREMIUM	Kompakttarif mit Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer (Regelleistung). Je Arzt-, Zahnarzt-, Heilpraktikerbesuch/ Behandlungstag oder Psychotherapiesitzung sowie pro Arzneimittel (außer Generika), je Hilfsmittel und je Heilmittelanwendung fällt eine Selbstbeteiligung von 20 Euro an. Insg. pro Kalenderjahr max. 500 Euro Selbstbeteiligung, für Kinder und Jugendliche max. 250 Euro. Bei Leistungsfreiheit werden zwei Monatsbeiträge als garantierte Beitragsrückerstattung gezahlt.	
KS-U/150	Kurkostentarif.	
SP2	Stationärer Zusatztarif mit Kostenerstattung für Wahlleistungszuschlag 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung für Versicherte in der substitutiven privaten Krankenversicherung.	
AV-P1	Der Tarif AV-P1 bietet nach 5, 10 oder 15 vollen Kalenderjahren oder zum 01.01. des Jahres, das auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgt, oder zu einem bei Antragstellung wählbaren Zeitpunkt, zu welchem die versicherte Person nicht älter als 50 Jahre sein darf, ein Optionsrecht (Umstellungsrecht ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten) auf Umstellung in einen Tarif mit höheren Leistungen.	
V29-U	Krankentagegeld-Tarif mit Leistungsbeginn ab dem 29. Tag 110 € ab dem 29. Tag	
PVN	Pflege-Pflichtversicherung	

Empfehlung 2: Alte Oldenburger Krankenversicherung AG		Gesamtbeitrag: 584,54 €
A 80/100	Ambulanter Vollkostentarif mit einer Selbstbeteiligung in Höhe von 20%, jedoch maximal 330 Euro jährlich.	
K 20	Stationärer Vollkostentarif mit Kostenerstattung für Regel- und Wahlleistungen 2-Bett-Zimmer sowie Chefarztbehandlung.	
K/S	Stationärer Vollkostentarif mit Kostenerstattung für die verbleibenden Differenzkosten bei stationärer Krankenhausbehandlung für Unterkunft im Einbettzimmer nach Abzug der Kosten für Unterbringung im Zweibettzimmer.	
Z 80/60	Zahnärztlicher Vollkostentarif mit 80% Leistung für Zahnbehandlung und je 60% Leistung für Zahnersatz und Kieferorthopädie.	
KTS 4	Krankentagegeld-Tarif mit Leistungsbeginn ab dem 29. Tag für Selbständige und freiberuflich Tätige. 110 € ab dem 29. Tag	
PVN	Pflege-Pflichtversicherung	

Empfehlung 3: Hallesche Krankenversicherung a.G.		Gesamtbeitrag: 635,46 €
MAS.1	Kompakttarif für Ärzte mit Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im 2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung. Die jährliche Selbstbeteiligung beträgt 600 Euro und gilt für alle Bereiche.	
URZ.	Obligatorischer Tarif für Auslandsrücktransport.	
JOKER.flex	Die nach Tarif JOKERflex versicherte Person hat das Recht, nach Ablauf von 3 oder 5 vollen Kalenderjahren zum 1. Januar des Folgejahres innerhalb der Krankheitskostenvollversicherung oder Beihilfe-Restkostenversicherung der HALLESCHER zu wechseln. Der Wechsel kann in Tarife erfolgen, die für den Neuzugang geöffnet sind, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht. Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen bis zu einem Eintrittsalter von 45 Jahren, sofern sie bei der HALLESCHER gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine Beihilfe-Restkostenversicherung abschließen.	
MKT.29	Krankentagegeld-Tarif für Ärzte und Zahnärzte mit Leistungsbeginn ab dem 29. Tag. 110 € ab dem 29. Tag	
PVN	Pflege-Pflichtversicherung	

Empfehlung 1: Continentale Krankenversicherung a.G.		
PREMIUM	Kompakttarif mit Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Mehrbett-Zimmer (Regelleistung). Je Arzt-, Zahnarzt-, Heilpraktikerbesuch/ Behandlungstag oder Psychotherapiesitzung sowie pro Arzneimittel (außer Generika), je Hilfsmittel und je Heilmittelanwendung fällt eine Selbstbeteiligung von 20 Euro an. Insg. pro Kalenderjahr max. 500 Euro Selbstbeteiligung, für Kinder und Jugendliche max. 250 Euro. Bei Leistungsfreiheit werden zwei Monatsbeiträge als garantierte Beitragsrückerstattung gezahlt. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 04/20	371,62 €
KS-U/150	Kurkostentarif. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	3,30 €
SP2	Stationärer Zusatztarif mit Kostenerstattung für Wahlleistungszuschlag 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung für Versicherte in der substitutiven privaten Krankenversicherung. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/21	30,26 €
AV-P1	Der Tarif AV-P1 bietet nach 5, 10 oder 15 vollen Kalenderjahren oder zum 01.01. des Jahres, das auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgt, oder zu einem bei Antragstellung wählbaren Zeitpunkt, zu welchem die versicherte Person nicht älter als 50 Jahre sein darf, ein Optionsrecht (Umstellungsrecht ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten) auf Umstellung in einen Tarif mit höheren Leistungen. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/13	4,50 €
V29-U	Krankentagegeld-Tarif mit Leistungsbeginn ab dem 29. Tag 110 € ab dem 29. Tag Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/19	57,53 €
PVN	Pflege-Pflichtversicherung Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	37,33 €
Gesamtprämie		504,54 €
Gesetzlicher Vorsorgezuschlag auf folgende Tarife: PREMIUM, KS-U/150, SP2		40,52 €
Gesamtbetrag		545,06 €
garantierte Beitragsrückerstattung		61,91 €
Vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		373,46 €
Vom Beitrag zur privaten Pflegeversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		37,33 €

Empfehlung 2: Alte Oldenburger Krankenversicherung AG		
A 80/100	Ambulanter Vollkostentarif mit einer Selbstbeteiligung in Höhe von 20%, jedoch maximal 330 Euro jährlich. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/18	271,98 €
K 20	Stationärer Vollkostentarif mit Kostenerstattung für Regel- und Wahlleistungen 2-Bett-Zimmer sowie Chefarztbehandlung. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/21	138,75 €
K/S	Stationärer Vollkostentarif mit Kostenerstattung für die verbleibenden Differenzkosten bei stationärer Krankenhausbehandlung für Unterkunft im Einbettzimmer nach Abzug der Kosten für Unterbringung im Zweibettzimmer. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/21	4,22 €
Z 80/60	Zahnärztlicher Vollkostentarif mit 80% Leistung für Zahnbehandlung und je 60% Leistung für Zahnersatz und Kieferorthopädie. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/19	39,85 €
KTS 4	Krankentagegeld-Tarif mit Leistungsbeginn ab dem 29. Tag für Selbständige und freiberuflich Tätige. 110 € ab dem 29. Tag Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/18	48,62 €
PVN	Pflege-Pflichtversicherung Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	35,63 €
Gesamtprämie		539,05 €
Gesetzlicher Vorsorgezuschlag auf folgende Tarife: A 80/100, K 20, K/S, Z 80/60		45,49 €
Gesamtbetrag		584,54 €
Vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		412,46 €
Vom Beitrag zur privaten Pflegeversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		35,63 €

Empfehlung 3: Hallesche Krankenversicherung a.G.		
MAS.1	Kompakttarif für Ärzte mit Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im 2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung. Die jährliche Selbstbeteiligung beträgt 600 Euro und gilt für alle Bereiche. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/21	516,94 €
URZ.	Obligatorischer Tarif für Auslandsrücktransport. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/19	1,50 €
JOKER.flex	Die nach Tarif JOKERflex versicherte Person hat das Recht, nach Ablauf von 3 oder 5 vollen Kalenderjahren zum 1. Januar des Folgejahres innerhalb der Krankheitskostenvollversicherung oder Beihilfe-Restkostenversicherung der HALLESCHE zu wechseln. Der Wechsel kann in Tarife erfolgen, die für den Neuzugang geöffnet sind, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht. Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen bis zu einem Eintrittsalter von 45 Jahren, sofern sie bei der HALLESCHE gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine Beihilfe- Restkostenversicherung abschließen. Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/13	3,50 €
MKT.29	Krankentagegeld-Tarif für Ärzte und Zahnärzte mit Leistungsbeginn ab dem 29. Tag. 110 € ab dem 29. Tag Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/18	25,08 €
PVN	Pflege-Pflichtversicherung Eintrittsalter 28 Jahre letzte Beitragsanpassung: 01/20	36,75 €
Gesamtprämie		583,77 €
Gesetzlicher Vorsorgezuschlag auf folgenden Tarif: MAS.1		51,69 €
Gesamtbetrag		635,46 €
Vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		469,69 €
Vom Beitrag zur privaten Pflegeversicherung sind steuerlich abzugsfähig nach KVBEVO		36,75 €

	gefordert	Continentale PREMIUM+AVP [02]	Alte Oldenburger A2 [02]	Hallesche MAS. [02]
Tarife		AV-P1, KS-U/150, PREMIUM, SP2, V29-U, PVN	A 80/100, K 20, K/S, Z 80/60, KTS 4, PVN	JOKER.flex, MAS.1, URZ., MKT.29, PVN
Gesamtsumme Prämien		504,54 €	539,05 €	583,77 €
Gesetzl. Vorsorgezuschlag (10%)		40,52 €	45,49 €	51,69 €
Gesamtbeitrag		545,06 €	584,54 €	635,46 €
Beitrag mit Selbstbeteiligung		586,73 €	598,29 €	685,46 €
Maximale Selbstbeteiligung (SB)	0-1000 €	500,00 €	330,00 €	600,00 €
Selbstbeteiligung Typ		Fall.	prozentual	absolut
Beitrag mit garant. Beitragsrückerst.		483,15 €	584,54 €	635,46 €
garantierte Beitragsrückerstattung		61,91 €	0,00 €	0,00 €
Effektivbeitrag		545,06 €	584,54 €	635,46 €
Effektivbeitrag mit SB		586,73 €	598,29 €	685,46 €
Effektivbeitrag mit garant. BRE		483,15 €	584,54 €	635,46 €
Gesamtbeitrag ambulant, stationär und dental		450,20 €	500,29 €	573,63 €
Teilbeitrag ambulanten Bereich			299,18 €	
Teilbeitrag stationärer Bereich			157,27 €	
Teilbeitrag dentaler Bereich			43,84 €	
Beitrag KT		57,53 €	48,62 €	25,08 €
Beitrag KHT		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Beitrag Kur		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Beitrag Pflege		37,33 €	35,63 €	36,75 €
Beitrag Pflegezusatz		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Beitrag Beitragsreduzierung		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Umfang Beitragsreduzierung		0,00 €	0,00 €	0,00 €
Erstattung Zahnersatz	60-100 %	85 %	60 %	75 %
Erstattung Zahnbehandlung	60-100 %	100 %	80 %	100 %
Erstattung Kieferorthopädie	0-100 %	85 %	60 %	75 %
Bettenleistung		2 - Bett	1 - Bett	2 - Bett
Privatarzt	ja	ja	ja	ja
Erstattung Fassungen/Gläser		400,00 €	160,00 €	0,00 €

Allgemeiner Tarifbereich

Bereich interne Tarifwerkbezeichnung	gefordert	Continentale PREMIUM+ AVP [02]	Alte Oldenburger A2 [02]	Hallesche MAS. [02]
Garantierte Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Tarif bietet Option zum Umstieg in eine höherwertigere Vollversicherung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Beitragsfrei in Erziehungszeit (eingeschränkt oder Pauschale)	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Beitragsfrei in Erziehungszeit (umfassend)	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Primärarzttarif	<input type="checkbox"/>	nein	nein	nein
Tarife, die nur bei unfallbedingten Erkrankungen leisten	<input type="checkbox"/>	nein	nein	nein
Tarife, die nur bei bestimmten Erkrankungen leisten	<input type="checkbox"/>	nein	nein	nein
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 6 Monate (ggf. mit Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM, SP2 erfüllt	Von A 80/100, K 20, Z 80/60 erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 12 Monate (ggf. mit Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	Von A 80/100, K 20, Z 80/60 erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz unbegrenzt (ggf. mit Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	Von A 80/100, K 20, Z 80/60 erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 6 Monate (ohne Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM, SP2 erfüllt	nicht erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz für mind. 12 Monate (ohne Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	nicht erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz unbegrenzt (ohne Vereinbarung, Krankheitskostenvolltarife)	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Europäischer Auslandsschutz mit Vereinbarung und mit Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Europäischer Auslandsschutz ohne Vereinbarung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Europäischer Auslandsschutz ohne Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz mit Vereinbarung und mit Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz ohne Vereinbarung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Außereuropäischer Auslandsschutz ohne Einschränkung (Krankheitskostenvolltarife) bei dauerhaftem Wegzug	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Vertragliche Verpflichtung zur Umstellung Voll-KV in eine Ergänzungsversicherung	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt

Ambulanter Tarifbereich

Bereich	gefordert	Continentale PREMIUM, KS- U/ 150, AV- P1	Alte Oldenburger A 80/ 100	Hallesche MAS.1, URZ., JOKER.flex
Bis Höchstsatz Gebührenordnung (amb.)	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Gebührenordnung (amb.) über Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Erstattung für Sehhilfen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Alle Behandlungsmethoden gemäß Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Erstattung ambulanter Behandlungen im Kurort	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Übernahme der ambulanten Kosten im Ausland ohne feste Begrenzung auf deutsche Sätze	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Brechkraftverändernde Operationen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Keine Einschränkung bei der Bezugsart von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung auf Generika	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Schutzimpfungen, mind. entsprechend der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Ambulante Entziehungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Leistung für häusliche Krankenpflege	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Nicht-ärztliche Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Vorsorge besser als gesetzl. Rahmen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Vorsorge BRE unschädlich	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Vorsorge ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligung	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Psychotherapie grundsätzlich versichert	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Freie Wahl Behandlers in der Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Mindestens 30 Psychotherapie-Sitzungen ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Mindestens 50 Psychotherapie-Sitzungen ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Nach Zusage unbegrenzte Sitzungsanzahl	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung bei der Erstattungshäufigkeit von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Limitierung von Hilfsmitteln durch eine prozent. oder durch preisl. Leistungsobergrenze	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Hilfsmittelkatalog offen in Bezug auf technische Mittel	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine Einschränkung bei Krankenfahrstühlen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Heimdialysegeräte	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Atemüberwachungsmonitore	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Beatmungsgeräte/ Sauerstoffkonzentratoren	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Hör-/Sprechgeräte	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Prothesen	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Körperersatzstücke	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Erstattung Geh-/Stützapparate	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt

Ambulanter Tarifbereich

Bereich	gefordert	Continentale PREMIUM, KS- U/ 150, AV- P1	Alte Oldenburger A 80/ 100	Hallesche MAS.1, URZ., JOKER.flex
Erstattung Blindenhund	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/ambulant: keine Einschränkung in der Entfernung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/ambulant: keine Einschränkung auf nächstgelegenen/nächsten Behandler	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/ambulant: Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Kostensersatz Logopädie	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Kostensersatz Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt

Stationärer Tarifbereich

Bereich	gefordert	Continentale PREMIUM, KS- U/ 150, SP2 , AV- P1	Alte Oldenburger K 20, K/ S	Hallesche MAS.1, JOKER.flex
Privatärztliche Versorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Bis Höchstsatz Gebührenordnung (stat.)	<input type="checkbox"/>	Von SP2 erfüllt	erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Gebührenordnung (stat.) über Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	Von SP2 erfüllt	erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Gemischte Anstalten ohne schriftliche Zusage (stationär)	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Gemischte Anstalten ohne schriftliche Zusage (Unfall)	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM, SP2 erfüllt	Von K 20 erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Stationäre Entziehungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Leistungen für Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM, KS-U/150, SP2 erfüllt	erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Übernahme der stationären Kosten im Ausland ohne feste Begrenzung auf deutsche Sätze	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	Von K 20 erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Hospizleistung	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	Von K 20 erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Erstattung für Rooming-in	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: keine Einschränkung in der Entfernung	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: keine Einschränkung im Transportmittel	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: keine Einschränkung auf nächstgelegenes/nächstes Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Transport/stat.: Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt

Dentaler Tarifbereich

Bereich	gefordert	Continentale PREMIUM, AV- P1	Alte Oldenburger Z 80/ 60	Hallesche MAS.1, JOKER.flex
Bis Höchstsatz Gebührenordnung (Zahnersatz)	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Gebührenordnung (Zahnersatz) über Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	nicht erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Leistung für Implantate	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Umfassende Leistung für Implantate	<input type="checkbox"/>	Von PREMIUM erfüllt	erfüllt	Von MAS.1 erfüllt
Erstattung ohne Zahnstaffel	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Gebührenordnung (Zahnbehandlung) bis Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Gebührenordnung (Zahnbehandlung) über Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt

Kur

Bereich	gefordert	Continentale PREMIUM, KS- U/ 150, SP2 , AV- P1	Alte Oldenburger A 80/ 100, K 20, K/ S	Hallesche MAS.1, URZ., JOKER.flex
Kurkostenerstattung (amb.)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Kurkostenerstattung (stat.)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
Kur: Erstattung bei Unterbringung (amb.)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt
Kur: Erstattung bei Unterbringung (stat.)	<input type="checkbox"/>	erfüllt	nicht erfüllt	nicht erfüllt

Tarfbereich Krankentagegeld

Bereich	gefordert	Continentale V29- U	Alte Oldenburger KTS 4	Hallesche MKT.29
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
Wegfall Alkoholklausel	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Leistung bei Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	erfüllt	erfüllt	erfüllt
Keine erneute Karenzzeit bei Rückfallerkrankung	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt

1.	Advigon Versicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt
2.	Allianz Private Krankenversicherung-AG	Vorgaben erfüllen 20 Tarifkombinationen
3.	Alte Oldenburger Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 8 Tarifkombinationen
4.	ARAG Krankenversicherungs-AG	Vorgaben erfüllen 64 Tarifkombinationen
5.	AXA Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 27 Tarifkombinationen
6.	Barmenia Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 14 Tarifkombinationen
7.	Beispielgesellschaft für Basistarif	Vorgaben nicht erfüllt
8.	Bayerische Beamtenkrankenkasse AG	Vorgaben erfüllen 4 Tarifkombinationen
9.	Central Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 3 Tarifkombinationen
10.	Concordia Krankenversicherungs-AG	Vorgaben erfüllen 16 Tarifkombinationen
11.	Continentale Krankenversicherung a.G.	Vorgaben erfüllen 36 Tarifkombinationen
12.	Debeka Krankenversicherungsverein a. G.	Vorgaben erfüllen 3 Tarifkombinationen
13.	SIGNAL IDUNA Krankenversicherung_a.G.	Vorgaben erfüllen 6 Tarifkombinationen
14.	DEVK Krankenversicherungs-AG	Vorgaben erfüllen 3 Tarifkombinationen
15.	DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 8 Tarifkombinationen
16.	Gothaer Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 6 Tarifkombinationen
17.	Hallesche Krankenversicherung a.G.	Vorgaben erfüllen 8 Tarifkombinationen
18.	HanseMerkur Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 24 Tarifkombinationen
19.	HUK-COBURG Krankenversicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt
20.	Inter Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 8 Tarifkombinationen
21.	LVM Krankenversicherungs-AG	Vorgaben erfüllen 4 Tarifkombinationen
22.	Mannheimer Krankenversicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt
23.	Münchener Verein Krankenversicherung a.G	Vorgaben erfüllen 11 Tarifkombinationen
24.	Nürnberger Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 5 Tarifkombinationen
25.	ottonova Krankenversicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt
26.	Provincial Krankenversicherung Hannover	Vorgaben erfüllen 3 Tarifkombinationen
27.	R + V Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 6 Tarifkombinationen
28.	Süddeutsche Krankenversicherung a.G.	Vorgaben erfüllen 24 Tarifkombinationen
29.	SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.	Vorgaben erfüllen 10 Tarifkombinationen
30.	Union Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 8 Tarifkombinationen
31.	uniVersa Krankenversicherung a.G.	Vorgaben erfüllen 17 Tarifkombinationen
32.	vigo Krankenversicherung V.V.a.G.	Vorgaben nicht erfüllt
33.	VRK Krankenversicherung AG	Vorgaben nicht erfüllt
34.	Württembergische Krankenversicherung AG	Vorgaben erfüllen 6 Tarifkombinationen

1.) Allianz Private Krankenversicherung-AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): Ärzte Best 100 (MB100), Ärzte Plus 100 (MP100)
Nicht im Ergebnis: Ärzte Best 100 A (MB100A), Ärzte Plus 100 A (MP100A)

2.) AXA Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): KGH 2-U, VA2-U, VA6-900-U
Nicht im Ergebnis: KGH 2-UA, KUR-UA, VA2-UA, VA6-900-UA, VA6-U, VA6-UA, VZ Zahn-U, VZ Zahn-UA, VZ600-U, VZ600-UA

3.) Barmenia Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): VHV1D+, VHV2A+, VHV2C+, VHV2D+, VZN+
Nicht im Ergebnis: BVHV1+, BVHV2+, BVHV3+, BVZN+, VHV1A+, VHV1C+, VHV1E+, VHV2E+, VHV3A+, VHV3C+, VHV3D+, VHV3E+, VZD1+, VZD2+, VZK1A+, VZK1C+, VZK1D+, VZK1E+, VZK2A+, VZK2C+, VZK2D+, VZK2E+, VZK3A+, VZK3C+, VZK3D+, VZK3E+

4.) Central Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): central.privatpromed1
Nicht im Ergebnis: central.privatpromed2

5.) Continentale Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): COMFORT-MED
Nicht im Ergebnis: AZ COMFORT-MED

6.) Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Nicht im Ergebnis: Nmed, NmedH

7.) Hallesche Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): MAS.1, MAS.1/G, MAS.Bonus, MAS.Bonus/G
Nicht im Ergebnis: MAS.2, MAS.2/G, MAS.3, MAS.3/G, SB MAS.1, SB MAS.1/G, SB MAS.2, SB MAS.2/G, SB MAS.3, SB MAS.3/G, SB MAS.Bonus, SB MAS.Bonus/G

8.) Inter Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): JA S10 U, JA U, JE U
Nicht im Ergebnis: JA S20 U, JABest, JABest 1, JABest 2, JAK U, JAZ 300A, ZABest, ZABest 1, ZABest 2, ZAK 1 U, ZAK 2 U, ZAK 3S U, ZAK V 1 U, ZAK V 2 U, ZAMLBest, ZAMLBest 1, ZAMLBest 2, ZAZ U

9.) Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): AM12 (Arztтарif), AM30 (Arztтарif), AM31 (Arztтарif), S1 (Arztтарif)
Nicht im Ergebnis: AM10 (Arztтарif), AM11 (Arztтарif), AM13 (Arztтарif), AM32 (Arztтарif), AM33 (Arztтарif)

10.) Union Krankenversicherung AG

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): VM 200

11.) uniVersa Krankenversicherung a.G.

Im Ergebnis (Vorgaben erfüllt, abschließbar, günstigste Kombination): uni-AM 155, uni-AM 620, uni-STM 100, uni-ZAM 100

Ambulant

Ärztliche Behandlungen	Wird für ambulante ärztliche Behandlungen geleistet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	Erstattet werden im Rahmen der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen. Je Arztbesuch/ Behandlungstag wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden im Rahmen der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden im Rahmen der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.

Arznei- und Verbandmittel	Werden Arznei- und Verbandmittel erstattet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Arzneimittel (als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente) sowie für Verbandmittel. Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (z.B. Sonden- oder Trinknahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist. Je Arznei- und Verbandmittel (jedoch nicht für Generika) wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen. Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduzierung sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Arzneimittel und Verbandmaterial. Es erfolgt keine Erstattung für Nähr- und Stärkungsmittel, vorbeugende/ gewohnheitsmäßige Mittel sowie kosmetische Präparate; es sei denn, sie wurden im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen (z.B. parenterale und enterale Ernährung) ärztlich verordnet.
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, wenn diese von Ärzten und Heilpraktikern verordnet und Arzneimittel aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.

Ambulante Kuren	Werden ambulante Kurleistungen erstattet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Erstattet werden in dieser Tarifstufe 15 bis zu 100% des versicherten Tagessatzes von 150 Euro für ambulante Kuraufenthalte und -durchführung in einem ärztlich geleiteten und mit ausreichenden Einrichtungen für Kurdurchführungen versehenen Sanatorium oder in einem diesem vergleichbaren Haus, das nach §30 der Gewerbeordnung konzessioniert ist, max. bis zu einer Leistungsdauer von 28 Tagen. Die Kur muss innerhalb von 2 Monaten nach einer mindestens 8-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten werden.
PREMIUM	Aus diesem Tarif erfolgen keine Leistungen bei ambulanter Kur. Der Versicherer bietet hierfür den Kurkostentarif KS-U an.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Nein, Versicherer bietet einen separaten Kurtarif an.
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium, werden die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung im tariflichen Rahmen erstattet. Keine Leistung für Unterkunft und Verpflegung.

Beitragsrückerstattung	Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Nein.
PREMIUM	Der Versicherer erbringt ab dem zweiten leistungsfreien Versicherungsjahr eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) in Höhe von einem Monatsbeitrag (MB). Nach 3 leistungsfreien Jahren werden 2 MB, nach 4 leistungsfreien Jahren 3 MB und ab dem 5. leistungsfreien Jahr 4 MB gezahlt. Eine tariflich garantierte BRE in Höhe von 2 MB wird ebenfalls gezahlt.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden bei Leistungsfreiheit in allen Tarifen ab dem 1. Jahr 2 Monatsbeiträge (MB), dem 2. Jahr 3 MB, dem 3. Jahr 4 MB des ambulanten Tarifes (ohne gesetzlichen Zuschlag) gezahlt. Vorsorgeuntersuchungen gefährden den Anspruch auf BRE nicht. Bei einem unterjährigen Versicherungsbeginn wird die BRE anteilig berechnet
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden ab dem 1. Jahr 1 Monatsbeitrag (MB), dem 2. Jahr 1,5 MB, dem 3. Jahr 2 MB, dem 4. Jahr 2,5 MB, dem 5. Jahr 3 MB gezahlt.

Besonderheiten	Gibt es Besonderheiten?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Der Leistungsumfang richtet sich je nach erfüllter Leistungsvoraussetzung. Vor Antritt einer Kurbehandlung muss diese unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt worden sein.
PREMIUM	Erstattungsfähig ist, nach vorheriger schriftlicher Zusage, die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen und Arznei- und Verbandmittel) für maximal drei Versuche der Insemination und maximal drei Versuche der In-vitro-Fertilisation (einschließlich ICSI), wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und bei der versicherten Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt. Weitere Voraussetzungen sind, dass eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet. Bestehen Ansprüche des bei der Continentale Krankenversicherung a.G. nicht versicherten Partners auf Leistungen der künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft bei anderen Kostenträgern (z.B. deutsche gesetzliche Krankenversicherung oder private Krankenversicherung), ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für die verbleibenden Restkosten leistungspflichtig. Dieser Tarif bietet auch Leistungen für Rücktransport und Überführung aus dem Ausland. 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. Erstattung auch für medizinische Schulungen bei chronischen Krankheiten, digitale Gesundheitsanwendungen, Haushaltshilfe in besonderen Lebenssituationen. Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld, maximal für sechs Monate
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Ja, erstattet werden die Hebammenkosten wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt. Dazu gehören auch die Kosten für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für künstliche Befruchtung (begrenzte Anzahl der Versuche). Für ambulante Entbindungen wird ein Pauschalbetrag von 600 Euro gezahlt. Erstattung auch bei Entbindung im Geburtshaus. Weiterhin werden 100% für Strahlendiagnostik und -therapie erstattet. Erstattung auch für Psychotherapie nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage.

Gebührenordnung	Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung verzichtet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	Eine Erstattung erfolgt auch über den Höchstsatz der GOÄ hinaus
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Wenn eine entsprechende Begründung vorliegt, werden auch die Aufwendungen über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattet.

Gebührenordnung	Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung verzichtet?
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Soweit eine sachlich und formrechtlich begründete Honorarvereinbarung vorliegt, wird auch über den Höchstsatz der GOÄ hinaus erstattet.

Heilmittel	Werden Heilmittel erstattet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	Erstattet werden 100% der Aufwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen, die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienen. Je Anwendung wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für z.B. Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie.
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der Aufwendungen bis zu den im tariflichen Heilmittelverzeichnis genannten Preisen für Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, physiotherapeutische Palliativversorgung, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Ernährungstherapie, Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik. Nach vorheriger schriftlicher Zusage besteht darüber hinaus für Rehabilitationssport/ Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer.

Heilpraktiker	Werden Heilpraktikerleistungen erstattet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	Erstattet werden 100% der 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. Das gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstsätzen des GebüH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen. Je Behandlungstag wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Behandlungen innerhalb des GebüH.
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Heilpraktikerbehandlung.

Hilfsmittel	Werden Hilfsmittel erstattet?
Produkttempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für technische Mittel oder Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig, ebenso sind die Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher) erstattungsfähig, sofern dies für die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist. Aufwendungen für Hörgeräte (apparative) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden je Ohr bis zu 1.500 Euro je Kalenderjahr erstattet. Diese Begrenzung gilt nicht für voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen. 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, wird die über 1.000 Euro hinausgehende tarifliche Leistung zu 80 % erbracht. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel, Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind, Kosten für den Gebrauch (z.B. Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln. Je Hilfsmittel wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.
Produkttempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 100% der Aufwendungen u. a. für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Dazu gehören auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) und zur Reparatur oder Wartung der Hilfsmittel, jedoch keine Batterien für Hörgeräte.
Produkttempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen), die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte) oder die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte). Erstattungsfähig ist auch die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes. Aufwendungen für Instandsetzung, Unterweisung und Reparatur von Hilfsmitteln werden erstattet. Nicht erstattungsfähig sind Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen, Hilfsmittel, deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind sowie Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche). Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaeren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden. Der Versicherer bietet Unterstützung bei Auswahl und Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem Rechnungsbetrag von 350 Euro dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.

Häusliche Krankenpflege	Wird für eine häusliche Krankenpflege geleistet?
Produkttempfehlung 1: Continentale	
PREMIUM	Erstattet werden nach vorheriger schriftlicher Zusage die Kosten für medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z.B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Blutdruckmessung) mit dem Ziel die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Voraussetzung ist, dass keine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen und versorgen kann, die Behandlungspflege ärztlich verordnet ist und durch geeignete Leistungserbringer ausgeführt wird. Erstattung auch für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für max. 4 Wochen je Versicherungsfall (max. 4 Wochen pro Kalenderjahr) unter den gleichen Voraussetzungen wie für Behandlungspflege und den zusätzlichen Voraussetzungen, dass keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht. Die Kosten für hauswirtschaftliche Versorgung sind nur erstattungsfähig, wenn gleichzeitig auch Grundpflege verordnet ist. Je Behandlungstag wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.

Häusliche Krankenpflege	Wird für eine häusliche Krankenpflege geleistet?
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder zur Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (zum Beispiel Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Ja, erstattet werden 100% der Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Fachkräfte, sofern keine andere im Haushalt lebende Person diese durchführen kann. Erstattungsfähig sind die Sicherungspflege und die Krankenhausvermeidungspflege. Bei beiden Formen wird für die medizinische Behandlungspflege geleistet, bei der Krankenhausvermeidungspflege darüber hinaus auch für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall. Über vier Wochen hinaus sind die Aufwendungen nur nach schriftlicher Zusage erstattungsfähig. Bei einer voraussichtlich mindestens sechs Monate andauernden Intensiv-Behandlungspflege, die in häuslicher Umgebung oder im Pflegeheim (Umkreis 50 km) möglich ist, sind die jeweils günstigsten Kosten erstattungsfähig.

Naturheilverfahren	Wird für Naturheilverfahren geleistet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	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 Höchstsätzen des GebüH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen erstattet. Je Arztbesuch/ Behandlungstag wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für medizinisch anerkannte Heilmethoden aus dem Bereich der Komplementären Diagnostik und Therapie. Im Rahmen einer Positivliste sind alle dazu gehörenden Verfahren und Einrichtungen aufgelistet und kann jederzeit beim Versicherer angefordert werden. Vor Behandlungsbeginn wird eine Rücksprache mit dem Versicherer empfohlen.
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Psychotherapie	Wird für Psychotherapie geleistet?
Produkttempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	Erstattet werden 100% der Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie. Die Kosten der ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr sind zu 100 % erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung je Kalenderjahr sind 80 % der Kosten erstattungsfähig. 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 bzw. Medizinischen Versorgungszentren oder Krankenhausambulanzen durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet. Je Sitzung wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen. Erstattung auch für Soziotherapie unter bestimmten Bedingungen, je Versicherungsfall max.120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren.
Produkttempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Psychotherapie durch Ärzte. Neben ärztlichen Leistungen können dann auch Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden, dabei ist die Voraussetzung, dass der Versicherer vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn - nach maximal 5 probatorischen Sitzungen - eine schriftliche Zusage erteilt hat. Eine Begrenzung der Sitzungszahl weist der Tarif nicht auf.
Produkttempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen ohne eine Sitzungszahlbegrenzung. Wenn und soweit der Versicherer vor Behandlungsbeginn die Leistung schriftlich zugesagt hat, wird auch für die Inanspruchnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und auch für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie geleistet.
Sehhilfen	Werden Sehhilfen erstattet?
Produkttempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 400 Euro 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. Erstattung auch für refraktive Chirurgie (innerhalb der ersten zwei Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif bis zu 400 Euro je Auge, danach je Versicherungsfall bis 2.500 Euro je Auge).
Produkttempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Brillen oder Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 160 Euro jährlich, darüber hinaus zu einem Drittel. Weiterhin Lasik-Behandlung zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit, die Kosten werden nach Feststellung der Notwendigkeit nach GOÄ abgerechnet.
Produkttempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Brillen, jedoch nicht in Luxusausführung, (der jeweils gültige Betrag, bis zu dem ein Brillengestell nicht als Luxusausführung gilt, wird in der Mitgliederzeitschrift ausgewiesen, oder kann beim Versicherer erfragt werden) und Kontaktlinsen bis zu dem Betrag, der bei Bezug einer Brille angefallen wäre). Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.

Transportkosten ambulant	Werden die Transportkosten zu einer ambulanten Heilbehandlung erstattet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.
PREMIUM	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für notwendige Transporte 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 von der ambulanten Operation, 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. Je Transport wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen. Bei ärztlich verordneten Fahrten gelten Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie, sofern eine Fahrtauglichkeit ärztlich bescheinigt wird.
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Fahrten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei Gehunfähigkeit, Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie und Transporte in Notfällen bis zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt.

Vorsorgeuntersuchungen	Wird für Vorsorgeuntersuchungen geleistet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Nein, keine Leistungen.
PREMIUM	Ja, ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle erstattungsfähig. Die Kosten darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen werden bis zu 500 Euro je Kalenderjahr erstattet. Je Arztbesuch/ Behandlungstag 20 Euro Selbstbeteiligung.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für gezielte, medizinisch anerkannte Vorsorgeprogramme bis max. 160 Euro je Vorsorgeuntersuchung, darüber hinaus zu einem Drittel. Check up: Nein.
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen), wobei die Leistungsaussage nicht auf die gesetzlich eingeführten Programme beschränkt ist und nicht von einem bestimmten Lebensalter abhängig ist.

Schutzimpfungen	Werden Schutzimpfungen erstattet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
KS-U/150	Nein, keine Leistungen.
PREMIUM	Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standardimpfung, Indikationsimpfung, Reiseschutzimpfung oder aus beruflichen Gründen empfohlen werden. Darüber hinaus werden die Reiseschutzimpfung gegen Japanische Enzephalitis sowie die Malaria-Prophylaxe erstattet. Je Impfung und Impfstoff wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden Impfungen, die jeweils von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.

Schutzimpfungen	Werden Schutzimpfungen erstattet?
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Grippeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.
Entziehungsmaßnahmen	Werden Entziehungsmaßnahmen erstattet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
PREMIUM	Erstattet werden nach schriftlicher Zusage die Kosten für maximal drei 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.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 80% der Aufwendungen für ambulante Entziehungsmaßnahmen, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung und der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Erstattet wird für maximal drei ambulante Entziehungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit.
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden die Aufwendungen durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen für Entziehungsmaßnahmen bei stoffgebundenen Suchterkrankungen (nicht bei Nikotinsucht) nach vorheriger schriftlicher Zusage, zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für die erste Entziehungsmaßnahme, zu 80 % für die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme. Die verbleibenden 20% sind nach der Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Max. 3 Entziehungsmaßnahmen in der Vertragslaufzeit. Die Zusage kann auch von der Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.
Palliativbehandlung	Wird für nicht- ärztliche ambulante palliative Versorgung geleistet?
Produktempfehlung 1: Continentale	
PREMIUM	Ja, erstattet wird die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wenn die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt, diese ärztlich verordnet ist und durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, und eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt 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.
Produktempfehlung 2: Alte Oldenburger	
A 80/100	Erstattet werden 100% die Kosten für über die Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Kosten sind in dem Rahmen erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre bzw. innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegt.

Palliativbehandlung	Wird für nicht- ärztliche ambulante palliative Versorgung geleistet?
Produktempfehlung 3: Hallesche	
MAS.1	Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder dem familiären Bereich zu ermöglichen, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, eine begrenzte Lebenswartung von Wochen oder wenigen Monaten - bei Kindern auch Jahren - zu erwarten ist, und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. Als häusliche Umgebung gelten hierbei auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize.

Stationär

Continentale	Alte Oldenburger	Hallesche
SP2, KS- U/ 150, PREMIUM	K/ S, K 20	MAS.1
Ausgleichs-KHT - Werden Ausgleichsleistungen bei Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen erstattet?		
<p>KS-U/150 - Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.</p> <p>PREMIUM - Nein, keine Leistungen.</p> <p>SP2 - Bei Verzicht auf Kostenerstattung für das Zwei-Bett-Zimmer wird ein KHT von 20 Euro gezahlt. Bei Verzicht auf Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung wird ein KHT von 50 Euro gezahlt.</p>	<p>K 20 - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 48 Euro gezahlt.</p> <p>K/S - Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 16 Euro gezahlt.</p>	Nein, keine Leistungen.
Beitragsrückerstattung - Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?		
<p>KS-U/150, SP2 - Nein.</p> <p>PREMIUM - Der Versicherte erbringt ab dem zweiten leistungsfreien Versicherungsjahr eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) in Höhe von einem Monatsbeitrag (MB). Nach 3 leistungsfreien Jahren werden 2 MB, nach 4 leistungsfreien Jahren 3 MB und ab dem 5. leistungsfreien Jahr 4 MB gezahlt. Eine tariflich garantierte BRE in Höhe von 2 MB wird ebenfalls gezahlt.</p>	Erfolgsabhängig.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden ab dem 1. Jahr 1 Monatsbeitrag (MB), dem 2. Jahr 1,5 MB, dem 3. Jahr 2 MB, dem 4. Jahr 2,5 MB, dem 5. Jahr 3 MB gezahlt.

Continentale SP2, KS- U/ 150, PREMIUM	Alte Oldenburger K/ S, K 20	Hallesche MAS.1
Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?		
<p>KS-U/150 - Der Leistungsumfang richtet sich je nach erfüllter Leistungsvoraussetzung. Vor Antritt einer Kurbehandlung muss diese unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt worden sein.</p> <p>PREMIUM - Dieser Tarif bietet zusätzlich Leistungen bei Rücktransport aus dem Ausland, Überführung und Bestattung. Erstattung auch für die notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten (bis 15 Jahren immer medizinisch notwendig). Zudem Leistung für stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit. 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. Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld, maximal für sechs Monate</p> <p>SP2 - Nein.</p>	<p>K 20 - Erstattet wird die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten in einem Zweibettzimmer.</p> <p>K/S - Es wird eine Entbindungspauschale in Höhe von 103 Euro gezahlt. Der Tarif kann nur zusätzlich zu einem Stationärtarif mit Versicherungsschutz für Unterbringung in einem Zweibettzimmer bestehen und endet mit diesem.</p>	<p>Erstattet wird auch für die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in).</p>
Gebührenordnung - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung verzichtet?		
<p>KS-U/150 - Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.</p> <p>PREMIUM - Nein, Erstattung bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ.</p> <p>SP2 - Soweit eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt, wird auch über dem Höchstsatz der GOÄ hinaus erstattet.</p>	<p>Wenn eine entsprechende Begründung vorliegt, wird auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattet.</p>	<p>Ja, soweit sachlich und formalrechtlich begründet.</p>
Stationäre Kuren - Werden stationäre Kurleistungen erstattet?		
<p>KS-U/150 - Erstattet werden in dieser Tarifstufe 15 bis zu 100% des versicherten Tagessatzes von 150 Euro für stationäre Kuraufenthalte und -durchführungen in einem ärztlich geleiteten und mit ausreichenden Einrichtungen für Kurdurchführungen versehenen Sanatorium oder in einem diesem vergleichbaren Haus, das nach §30 der Gewerbeordnung konzessioniert ist, max. bis zu einer Leistungsdauer von 28 Tagen. Die Kur muß innerhalb von 2 Monaten nach einer mindestens 8-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten werden.</p> <p>SP2, PREMIUM - Aus diesem Tarif erfolgen keine Leistungen bei stationärer Kur. Der Versicherer bietet hierfür den Kurkostentarif KS-U und den Kurtagegeldtarif KS1-U an.</p>	<p>Nein, Versicherer bietet einen separaten Kurtarif an.</p>	<p>Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium, werden die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung im tariflichen Rahmen erstattet. Keine Leistung für Unterkunft und Verpflegung.</p>

Continentale SP2, KS- U/ 150, PREMIUM	Alte Oldenburger K/ S, K 20	Hallesche MAS.1
Anschlussheilbehandlung - Leistet der Tarif für Anschlussheilbehandlung?		
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, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde. Eine Zusage ist nicht nötig.	Ja, erstattet wird für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung, welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Eine Zusage ist nicht nötig.
Stationäre Kostenerstattung - Welche Kostenerstattung sieht der Tarif bei einer stationären Heilbehandlung vor?		
<p>KS-U/150 - Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.</p> <p>PREMIUM - 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 Hebammen-Gebührenordnung erstattungsfähig.</p> <p>SP2 - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die Wahlleistungen für gesonderte Unterbringung im 2-Bettzimmer einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen der privatärztlichen Behandlung.</p>	<p>K 20 - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen sowie die Wahlleistungen zur gesonderten Unterbringung im 2-Bettzimmer, privatärztlichen Behandlung und Hebammenkosten.</p> <p>K/S - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die verbleibenden Differenzkosten bei stationärer Krankenhausbehandlung für Unterkunft im Einbettzimmer nach Abzug der Kosten für Unterbringung im Zweibettzimmer.</p>	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. des -entbindungspflegers sowie die Wahlleistungen zur gesonderten Unterbringung im 2-Bettzimmer und der gesondert berechenbaren privatärztlichen Behandlung.
Transportkosten stat. - Werden die Transportkosten zu einer stationären Behandlung erstattet?		
<p>KS-U/150 - Dieses Thema entfällt bei Kurtarifen.</p> <p>PREMIUM - 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.</p> <p>SP2 - Nein, keine Leistungen.</p>	<p>K 20 - Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Transportkosten zum nächsten für die Behandlung geeigneten Krankenhaus.</p> <p>K/S - Nein, keine Leistungen.</p>	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Continentale SP2, KS- U/ 150, PREMIUM	Alte Oldenburger K/ S, K 20	Hallesche MAS.1
Stationäre Psychotherapie - Welche Kostenerstattung sieht der Tarif bei einer stationären Psychotherapie vor?		
KS-U/150 - Entfällt. SP2, PREMIUM - 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.
Entziehungsmaßnahmen - Werden Entziehungsmaßnahmen erstattet?		
PREMIUM - 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 SP2 - Nein, keine Leistungen.	Erstattet werden 80% der Aufwendungen für stationäre Entziehungsmaßnahmen der Allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfl V) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die versicherte Person darf keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung haben. Erstattet wird für maximal drei Entziehungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit.	Erstattet werden die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmaßnahme zugelassenen Einrichtung bei stoffgebundenen Suchterkrankungen (nicht bei Nikotinsucht) nach vorheriger schriftlicher Zusage, zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für die erste Entziehungsmaßnahme, zu 80 % für die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme. Die verbleibenden 20% sind nach der Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Max. 3 Entziehungsmaßnahmen in der Vertragslaufzeit. Die Zusage kann auch von der Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.
Hospizbehandlung - Wird für Versorgung in einem stationären Hospiz geleistet?		
PREMIUM - Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der GKV anerkannten 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. SP2 - Nein, keine Leistungen.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen (nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung) für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, eine begrenzte Lebenswartung von Wochen oder wenigen Monaten - bei Kindern auch Jahren - zu erwarten ist, und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z.B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Dental

Continentale PREMIUM	Alte Oldenburger Z 80/ 60	Hallesche MAS.1
Zahnärztliche Behandlung - In welchem Umfang wird für Zahnbehandlung geleistet?		
Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschl. Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten. Je Zahnarztbesuch/Behandlungstag wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.	Erstattet werden 80% der Aufwendungen, hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende (z. B. Einlagefüllungen/Inlays, Wurzelbehandlungen), chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (Parodontosebehandlung).	Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen, Parodontosebehandlung.
Zahnersatz - In welchem Umfang wird für Zahnersatz geleistet?		
Erstattet werden 85 % der Aufwendungen für Zahnersatz. Das sind Gebühren für 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 Stifzähne sowie Material- und Laborkosten. Außerdem für Gebissfunktionsprüfung (Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten). Je Zahnarztbesuch/Behandlungstag wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Veneers, sämtliche prothetische Leistungen (z. B. Brücken und Prothesen), Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.	Erstattet werden 75 % der Aufwendungen für prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stifzähne, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und therapeutische Maßnahmen, implantologische Maßnahmen.
Kieferorthopädie - Wie hoch ist der Erstattungssatz für kieferorthopädische Maßnahmen?		
Erstattet werden 85 % der Aufwendungen für Kieferorthopädie (Gebühren für Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten). Je Zahnarztbesuch/Behandlungstag wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.	Erstattet werden 75 % der Aufwendungen für kieferorthopädische Maßnahmen.
Material- und Laborkosten - Werden Material- und Laborkosten erstattet?		
Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für Material- und Laborkosten.	Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für Material- und Laborkosten.	Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für Material- und Laborkosten.
Inlays - Werden Einlagefüllungen (Inlays) erstattet?		
Erstattet werden 85 % der Aufwendungen für Inlays. Je Zahnarztbesuch/Behandlungstag wird eine Selbstbeteiligung von 20 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen.	Erstattet werden 80% der Aufwendungen für Inlays. Die Leistungen für Onlays und Overlays fallen unter die Aufwendungen für Zahnersatz.	Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für Inlays.

Continentale PREMIUM	Alte Oldenburger Z 80/ 60	Hallesche MAS.1
GOZ Zahnersatz - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung bei Zahnersatz verzichtet?		
Eine Erstattung erfolgt auch über den Höchstsatz der GOÄ / GOZ hinaus.	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ.	Soweit eine sachlich und formrechtlich begründete Honorarvereinbarung vorliegt, wird auch über den Höchstsatz der GOZ hinaus erstattet.
Beitragsrückerstattung - Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?		
Der Versicherer erbringt ab dem zweiten leistungsfreien Versicherungsjahr eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) in Höhe von einem Monatsbeitrag (MB). Nach 3 leistungsfreien Jahren werden 2 MB, nach 4 leistungsfreien Jahren 3 MB und ab dem 5. leistungsfreien Jahr 4 MB gezahlt. Eine tariflich garantierte BRE in Höhe von 2 MB wird ebenfalls gezahlt.	Erfolgsabhängig.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung werden ab dem 1. Jahr 1 Monatsbeitrag (MB), dem 2. Jahr 1,5 MB, dem 3. Jahr 2 MB, dem 4. Jahr 2,5 MB, dem 5. Jahr 3 MB gezahlt.
Heil- und Kostenplan - Ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen?		
Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, wenn die voraussichtlichen Kosten insgesamt mehr als 2.000 Euro betragen. 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 über 2.000 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten mit der Hälfte des tariflichen Prozentsatzes erstattet	Wird vor Behandlungsbeginn kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, reduziert sich der Erstattungssatz für Zahnersatz und Kieferorthopädie auf 40%.	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 2.500 Euro muss dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, ansonsten erfolgt für die 2.500 Euro übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur die hälftige tarifliche Leistung. Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist grundsätzlich ein Heil- und Kostenplan erforderlich.
Zahnstaffel - Sieht der Tarif eine Zahnstaffel vor?		
Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen - jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen gilt: in den ersten beiden Kj insgesamt 2.000 Euro, in den ersten 4. Kj insgesamt 5.000 Euro, in den ersten 6. Kj insgesamt 10.000 Euro.	Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlays gilt: Im 1. Versicherungsjahr (Vj) begrenzt auf 1.000 Euro, im 1.-2. Vj auf 1.500 Euro, im 1.-3. Vj auf 2.000 Euro.	Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie gelten folgende Rechnungshöchstbeträge: Im 1. und 2. Kalenderjahr (Kj) insg. 1.800 Euro, im 3. und 4. Kj insg. 2.600 Euro, im 5. und 6. Kj insg. 3.900 Euro, im 7. und 8. Kj insg. 5.200 Euro, im 9. und 10. Kj insg. 7.800 Euro, ab 11. Kalenderjahr unbegrenzt.
Wegfall der Zahnstaffel bei Unfall - Entfällt die mögliche Zahnstaffel bei Unfall?		
Ja, bei einem Versicherungsfall infolge eines Unfalls entfallen die maximalen Erstattungsbeträge. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.	Ja.	Ja.

Continentale PREMIUM	Alte Oldenburger Z 80/ 60	Hallesche MAS.1
Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?		
Der Tarif leistet bei 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. Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld, maximal für sechs Monate	Der Versicherer erhebt generell einen Risikozuschlag von 6 Euro für fehlende nicht ersetzte Naturzähne. Wahlweise kann jedoch auch ein Leistungsausschluß vereinbart werden. Wenn mehr als 3 Zähne fehlen, wird ein Zahnstatus verlangt, um eine Einzelfallprüfung vornehmen zu können.	Nein.
Implantate - Wie werden Implantate erstattet?		
Implantate werden wie Zahnersatz ohne weitere Einschränkungen erstattet.	Implantate werden wie Zahnersatz ohne weitere Einschränkungen erstattet.	Implantate werden, nach Vorlage eines Heil- und Kostenplans, wie Zahnersatz ohne weitere Einschränkungen erstattet.
GOZ Behandlung - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung bei Zahnbehandlung verzichtet?		
Eine Erstattung erfolgt auch über den Höchstsatz der GOÄ / GOZ hinaus.	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ.	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.

Krankentagegeld

Continentale V29- U	Alte Oldenburger KTS 4	Hallesche MKT.29
Leistung bei Berufsunfähigkeit - Wird während einer Berufsunfähigkeit Tagegeld gezahlt? In welchem Umfang?		
Max. 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	Ja, die Krankentagegeldversicherung endet beim Eintritt in die Berufsunfähigkeit, bei Arbeitsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall jedoch spätestens 6 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	Wurde über einen Rentenantrag bis zum Ablauf der 3-Monatsfrist noch nicht entschieden, wird im Fall eines bereits eingetretenen Versicherungsfalls die Leistungsdauer um weitere 3 Monate verlängert und mit 50% des versicherten Tagegeldes (maximal 25 Euro/Tag) gezahlt.
Fortsetzungserkrankung - Wie ist die Karenzzeit bei einer Fortsetzungserkrankung geregelt?		
Keine Anrechnung der Karenzzeiten.	Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.	Nein.

Continental V29- U	Alte Oldenburger KTS 4	Hallesche MKT.29
Tagegeldregelung bei Teilarbeitsunfähig - Wird Tagegeld auch bei Teilarbeitsunfähigkeit bzw. geleistet? In welchem Rahmen?		
Nein.	Ja, besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens dreimonatiger Dauer, für die der Versicherer Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit, werden für längstens 4 Wochen die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes gezahlt. Teilarbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmung liegt vor, solange eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% besteht, die stufenweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird.	Nein.
Kur/stat. Reha - Wird Tagegeld auch während einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie stationären Reha gezahlt?		
Ja, es besteht Leistungspflicht, soweit die Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. die Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträger stationär erfolgt und unmittelbar vor Beginn der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträger eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mindestens vier Wochen nachgewiesen wird.	Es erfolgt keine Leistung während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen. Nach einem stationären Krankenhausaufenthalt werden die Leistungen auch bei notwendigen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erbracht, wenn die Notwendigkeit der Maßnahmen durch den Versicherer schriftlich aufgrund eines ärztlichen Attestes anerkannt worden ist. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.	Ja, bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers.
Zusätzliche Dynamik - Wird Tagegeld einkommensunabhängig und ohne erneute Gesundheitsprüfung angepasst?		
Nein.	Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern mindestens alle drei Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einem versicherten Krankentagegeld von mindestens EUR 30 das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Die Höhe des Krankentagegeldes darf das durchschnittliche Nettoeinkommen nicht übersteigen. Die Bestimmungen für die Erhöhung des Versicherungsschutzes finden grundsätzliche Anwendung. Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für den höheren Versicherungsschutz. Für die Anpassung entfallen erneute Wartezeiten und eine erneute Risikoprüfung; bei Anpassungen außerhalb des Dreijahreszeitraumes jedoch nur dann, wenn der Antrag auf Anpassung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach der Gehaltserhöhung gestellt wird und die prozentuale Krankentagegelderhöhung den prozentualen Anstieg des Nettoeinkommens nicht übersteigt.	Nein, seitens des Versicherers wird keine zusätzliche Dynamik neben der regulären Einkommensentwicklung angeboten.

Continentale V29- U	Alte Oldenburger KTS 4	Hallesche MKT.29
Leistung bei Mutterschutz - Wird Tagegeld während der Mutterschutzzeit gezahlt?		
Ja, bei einer stationären Unterbringung in einem Krankenhaus oder Entbindungsheim wird auch während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote geleistet.	Nein, keine Leistung innerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverboten. Dies gilt auch für Selbstständige.	Ja, während der Mutterschutzfristen sowie am Entbindungstag.
Tagegeld höher als Nettoeinkommen - Ist eine Tagegeldabsicherung höher als das Nettoeinkommen möglich?		
Nein.	Ja, der Selbstständige kann 75% seines Bruttoeinkommens aus selbstständiger (freiberuflicher) Tätigkeit oder aus dem Gewerbebetrieb absichern. Zusätzlich können Beiträge zur Krankheitskostenvollversicherung und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. für private Altersvorsorgeverträge/berufsständische Versorgungswerke (Bemessungsgrundlage: max. 80% der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung) mitversichert werden, jedoch insgesamt nicht mehr als 100% des Bruttoeinkommens.	Nein.
Kündigungsrechtverzicht - Wird auf das ordentliche Kündigungsrecht nach §14 MB/KT verzichtet?		
Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird verzichtet, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht. Für den Fall, dass Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs, wenn eine Vorversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 berücksichtigt wurde.	Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht. Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsrecht, solange für die versicherte Person eine substitutive Krankenversicherung beim Versicherer besteht.	Ja.
Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?		
Nein.	Bei einer mind. 50 % igen Teilarbeitsunfähigkeit in unmittelbarem Anschluss an eine mind. dreimonatige Arbeitsunfähigkeit für max. 4. Wochen 50 % des versicherten Tagegeldes.	Nein.

Allgemein

Continentale V29- U, KS- U/ 150, SP2, PREMIUM, AV- P1	Alte Oldenburger KTS 4, Z 80/ 60, A 80/ 100, K 20, K/ S, PVN	Hallesche JOKER.flex, MKT.29, URZ., MAS.1
Erstattung ohne GKV-Vorleistung - Wird auch ohne Vorleistung der GKV geleistet?		
		Ja.
Geltungsbereich - Wie lange besteht Versicherungsschutz bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?		
<p>KS-U/150, SP2 - 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.</p> <p>PREMIUM - Während der ersten zwölf 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. Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland sind die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland auch ohne Anwendung der deutschen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern diese Kosten dort ortsüblich sind.</p> <p>V29-U - Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland kann der Versicherungsschutz durch eine Vereinbarung ermöglicht werden. Für im (europäischen und außereuropäischen) Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle wird das Krankentagegeld für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.</p>	<p>KTS 4 - Bei Aufenthalten im außereuropäischen Ausland müssen besondere Vereinbarungen getroffen werden.</p> <p>Z 80/60, A 80/100, K 20, K/S - Während der ersten 3 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht ohne eine besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Ist ein längerer Aufenthalt nötig, können besondere Vereinbarungen getroffen werden.</p>	<p>MAS.1, JOKER.flex - Es besteht uneingeschränkte Weltgeltung bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt.</p> <p>MKT.29 - Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland wird bei akut aufgetretenen Krankheiten, bei stationärer Heilbehandlung, nach vorheriger schriftlicher Vereinbarung geleistet.</p> <p>URZ. - Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Bei längerem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz für die ersten 8 Wochen.</p>
Kündigungstermin - Ist der 31.12. des Jahres der mögliche Kündigungstermin?		
Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Ende des Versicherungsjahres.	Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Ende des Versicherungsjahres (Vj).	Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Ende des Versicherungsjahres.
Mindestlaufzeit des Vertrages - Wie lang ist die Mindestlaufzeit des Vertrages?		
KS-U/150, AV-P1, V29-U - 1 Jahr. SP2, PREMIUM - 2 Jahre.	KTS 4 - 1 Jahr. Z 80/60, A 80/100, K 20, K/S - 2 Jahre.	2 Jahre.

<p>Continentale V29- U, KS- U/ 150, SP2, PREMIUM, AV-P1</p>	<p>Alte Oldenburger KTS 4, Z 80/ 60, A 80/ 100, K 20, K/ S, PVN</p>	<p>Hallesche JOKER.flex, MKT.29, URZ., MAS.1</p>
<p>niedrigere SB für Kinder - Ist die Selbstbeteiligung bei Kindern und Jugendlichen hälftig?</p>		
<p>AV-P1 - Dieser Punkt entfällt.</p> <p>KS-U/150 - Da diese Stufe des Tarifes keine absolute Selbstbeteiligung vorsieht, entfällt die Fragestellung.</p> <p>PREMIUM - Ja.</p>	<p>Dieser Punkt entfällt.</p>	<p>Nein.</p>
<p>Tariflicher Selbstbehalt - Auf welche Teilbereiche bezieht sich der tariflich vereinbarte Selbstbehalt?</p>		
<p>KS-U/150 - Dieser Punkt entfällt, da die Tarifstufe keinen absoluten Selbstbehalt vorsieht.</p> <p>PREMIUM - Je ambulante und zahnärztliche Leistung fällt eine Selbstbeteiligung von 20 Euro an (z. B. je Arztbesuch, Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel). Die Summe dieser Selbstbeteiligungen ist auf 500 Euro (250 Euro bei Kindern und Jugendlichen) pro Kalenderjahr begrenzt. Keine Selbstbeteiligung bei stationären Leistungen, bei Sehhilfen und bei Bezug von Generika.</p>	<p>Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden abzüglich dem vereinbarten prozentualen Selbstbehalt von 20% bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 1.650 Euro pro Versicherungsjahr gezahlt. Der darüber hinausgehende Teil wird zu 100% erstattet. Die Aufwendungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen bleiben von dem tariflichen Selbstbehalt unberührt.</p>	<p>Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten, stationären und dentalen Heilbehandlung werden abzüglich dem vereinbarten Selbstbehalt von insgesamt 600 Euro je Kalenderjahr gezahlt. Dieser gilt jedoch nicht für die Entbindungspauschale.</p>
<p>Wartezeiterlass - Wird auf die Wartezeiten verzichtet oder erfolgt eine Anrechnung?</p>		
<p>AV-P1 - Der Versicherer verzichtet generell auf die allgemeine und die besonderen Wartezeiten.</p> <p>KS-U/150 - Nein. Die Wartezeit beträgt 6 Monate.</p> <p>SP2, PREMIUM - Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten entfallen.</p> <p>V29-U - Ein Verzicht der Wartezeiten erfolgt aufgrund der Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses.</p>	<p>A 80/100, K 20, K/S - Ein Verzicht oder Anrechnung von Wartezeiten erfolgt, wenn die zu versichernde Person aus einer seitens des Versicherers ungekündigten Krankenvollversicherung wechselt. Ist dies nicht der Fall, können die Wartezeiten durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses erlassen werden. Bei Wechsel aus der GKV wird die dort ununterbrochene zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.</p> <p>KTS 4 - Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.</p> <p>Z 80/60 - Ein Verzicht oder Anrechnung von Wartezeiten erfolgt, wenn die zu versichernde Person aus einer seitens des Versicherers ungekündigten Krankenvollversicherung wechselt. Ist dies nicht der Fall, können durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses die Wartezeiten erlassen werden, jedoch mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen.</p>	<p>JOKER.flex - Die Wartezeiten entfallen.</p> <p>MAS.1, MKT.29 - Ein Verzicht auf Anrechnung von Wartezeiten erfolgt, wenn die zu versichernde Person aus einer seitens des Versicherers ungekündigten Krankheitskostenvollversicherung wechselt. Ist dies nicht der Fall, können durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses die Wartezeiten erlassen werden. Bei Wechsel aus der GKV wird die dort ununterbrochene zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.</p>

Continentale V29- U, KS- U/ 150, SP2, PREMIUM, AV- P1	Alte Oldenburger KTS 4, Z 80/ 60, A 80/ 100, K 20, K/ S, PVN	Hallesche JOKER.flex, MKT.29, URZ., MAS.1
Optionstarif - Handelt es sich um einen Optionstarif?		
<p>AV-P1 - Ja, für die versicherte Person besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in eine Krankheitskostenversicherung mit höheren Leistungen zu wechseln. Der Wechsel ist vor dem jeweiligen Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, beim Versicherer zu beantragen. Das Recht kann wahrgenommen werden, wenn die Versicherung nach diesem Tarif ununterbrochen 5, 10 oder 15 volle Kalenderjahre (KJ) bestanden hat. Der Wechsel wird zum 1.1. des KJ wirksam, das auf das 5, 10 oder 15 volle KJ folgt, die versicherte Person 50 Jahre alt wird und die Versicherung nach diesem Tarif noch nicht 15 volle KJ bestanden hat. Der Wechsel wird zum 1.1. des KJ wirksam, das auf das KJ folgt, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird. Desweiteren noch einen frei wählbaren Optionstermin, wobei die Person nicht älter als 50 Jahre sein darf und die Versicherung nach diesem Tarif noch nicht 15 volle KJ bestanden hat. Wird das Optionsrecht nicht wahrgenommen, besteht die Versicherung nach diesem Tarif längstens bis zum 31.12. des Kj, in dem sie 15 volle Kj bestanden hat; sie endet jedoch spätestens zum 31.12. des Kj, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.</p> <p>KS-U/150, SP2, PREMIUM, V29-U - Nein.</p>	<p>Nein.</p>	<p>Ja, für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes besteht für die versicherte Person, bis zu einem Eintrittsalter von 45 Jahren das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten zu wechseln. Diese Option gilt bei bestehendem Versicherungsschutz einer Krankheitskostenversicherung oder Beihilfe-Restkostenversicherung nach Ablauf von 3 oder 5 vollen Kalenderjahren zum 1. Januar des Folgejahres. Das Recht auf Umstellung muss vor dem gewünschten zulässigen Umstellungszeitpunkt beim Versicherer schriftlich beantragt werden. Die Option endet zu dem Zeitpunkt, zu dem das Optionsrecht ausgeübt wird, spätestens jedoch, wenn es letztmals ausgeübt werden kann, oder wenn keine Krankheitskostenvollversicherung oder Beihilfe-Restkostenversicherung bei der HALLESCHE mehr besteht.</p>

Continentale V29- U, KS- U/ 150, SP2, PREMIUM, AV- P1	Alte Oldenburger KTS 4, Z 80/ 60, A 80/ 100, K 20, K/ S, PVN	Hallesche JOKER.flex, MKT.29, URZ., MAS.1
Dauerhafter Wegzug ins Ausland - Ist die Fortführung des Versicherungsschutzes bei einem dauerhaften Wegzug ins außereuropäische Ausland möglich?		
<p>KS-U/150 - 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.</p> <p>SP2, PREMIUM - 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.</p>	<p>A 80/100, Z 80/60, K 20, K/S - Ja, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der EU oder in einen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR, so ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb von 2 Monaten nach Verlegung) entfällt die Begrenzung gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat außerhalb der EU/EWR, kann das Versicherungsverhältnis mit einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt werden (z. B. angemessenen Beitragszuschlag).</p> <p>PVN - Nein.</p>	<p>Ja, verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als einen Mitgliedstaat der Europäischen Union, oder des Europäischen Wirtschaftsraums, kann das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt werden. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Versicherer verpflichtet sich, eine solche anderweitige Vereinbarung zu treffen, wenn dies spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel in einen anderen Tarif vorsehen und beginnt in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis. Zum Erhalt der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen bei einer späteren Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland kann dabei zusätzlich eine Anwartschaftsversicherung für das bisherige Versicherungsverhältnis vereinbart werden.</p>

Erklärungen zu den verwendeten Fachbegriffen und Abkürzungen

Abs.= absolute Selbstbeteiligung

Ambulant / Ambulante Behandlung / ambulanter Tarif:

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

BRE = Beitragsrückerstattung

Garantierte Beitragsrückerstattung

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

Erfolgsabhängige BRE

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

Dental / Dentale Behandlung / dentaler Tarif

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

Effektivbeitrag

Der Gesamtbeitrag abzüglich des Arbeitgeberanteils.

Effektivbeitrag inkl. SB

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

Beispiel:

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

Effektivbeitrag abzüglich garantierter BRE

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

Gesetzl. 10%-Zuschlag

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

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

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

GOÄ = Gebührenordnung Ärzte, GOZ = Gebührenordnung Zahnärzte

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

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

GRG = Gesundheitsreformgesetz

Karenzzeit

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

KFO = Kieferorthopädie

Kj. = Kalenderjahr

Kompakt = Kompakttarife

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

KHT = Krankenhaustagegeld

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

KT/KTG = Krankentagegeld

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

KUR = Kurtagegeld bzw. Kurleistungen

MB = Monatsbeitrag

Primärarztprinzip

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

Proz.= prozentuale Selbstbeteiligung

PVN = Pflegepflichtversicherung für Normalversicherte

PVB = Pflegepflichtversicherung für Beamte

SB = Selbstbeteiligung

Absolute:

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

Prozentuale:

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

Stationär / Stationäre Behandlung / stationärer Tarif

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

ZB = Zahnbehandlung

ZE = Zahnersatz

Erklärungen zu den Leistungskriterien im Vergleichsprogramm

Allgemeiner Bereich

Anzahl Kombinationen

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

Allgemeiner Bereich (speziell für Vollversicherung)

Osttarife

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

Primärarzttarife

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

Beitragsrückerstattung

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

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

Diese Tarife sind besonders interessant für Angestellte.

Schutz im Ausland

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

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

oder eine unbegrenzte Geltungsdauer vorsieht.

Optionstarife

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

Beitragsfreie Erziehungszeit

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

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

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

Ambulanter Bereich

Gebührenordnung für Ärzte

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

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

Erstattung für Sehhilfen

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

Ergänzungstarife für Beihilfeberechtigte

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

Hufelandverzeichnis

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

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

Ambulanter Bereich (speziell für Vollversicherung)

Erstattung im Ausland

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

Brechkraftverändernde Operationen

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

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

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

Keine Einschränkung auf Generika

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

Ambulante Heilbehandlung in einem Kurort/Heilbad ohne vorherige Zusage

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

Häusliche Krankenpflege

Soll Leistung für häusliche Krankenpflege versichert sein?

Palliativversorgung

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

Heilmittel: Kostenersatz für nichtärztliche Behandler (Ergotherapeuten, Logopäden)

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

Vorsorge: Vorsorgeuntersuchungen umfassender als der gesetzliche Rahmen

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

Psychotherapie: Freie Wahl des psychotherapeutischen Behandlers

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

Psychotherapie: Mindestens 30 bzw. 50 Sitzungen ohne vorherige Zusage

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

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

Hilfsmittel

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

Hilfsmittel: Keine Einschränkungen bei der Erstattungshäufigkeit

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

Hilfsmittel: Keine Limitierung durch prozentuale oder preisliche Leistungsobergrenze

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

Hilfsmittel: Lebenserhaltende Hilfsmittel

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

Hilfsmittel: Hilfsmittelkatalog offen in Bezug auf technische Mittel

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

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

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

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

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

Transportkosten: Keine Einschränkung in der Entfernung

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

Begriffe zur Selbstbeteiligung**Selbstbeteiligung**

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

Art Selbstbeteiligung

Versicherer bieten Tarife mit unterschiedlichen SB-Stufen an.

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

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

Absolute Selbstbeteiligung

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

Prozentuale Selbstbeteiligung

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

Selbstbeteiligung auch im stationären und dentalen Bereich

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

Stationärer Bereich**Gehaltsabzug für stat. Wahlleistung**

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

Krankenhaus

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

Einbettzimmer

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

Ein-/Zweibettzimmer

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

Zweibettzimmer

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

Mehrbettzimmer

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

Privat-/Chefarztbehandlung

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

Erstattung für Rooming-in

Rooming-in bedeutet, dass bei der stationären Behandlung des Versicherten zusätzlich eine Begleitperson untergebracht wird. Dies ist bei Kindern üblich und wird gelegentlich auch für 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 mehrerer Zähne oder Zahnteilen bezeichnet. Auslöser für den Verlust können Karies und Parodontitis, die Schädigung von Zahn und Zahnhalteapparat oder auch Unfälle sein.

Kieferorthopädie

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

Zahnbehandlung

In den Bereich Zahnbehandlung fallen prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen (unter anderem die Behandlung von Karies, Zahnfleisch- und Zahnbetterkrankungen) 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 Verdienstauffallversicherung. 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.