

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Beamtenanwärtlerin /
Beamtenanwärtler
Versicherungsvergleich

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

finanz-profil GmbH & Co.KG, Carl Gitter

Karl Dietrich Str. 5, 99428 Weimar

Telefon: +493644518018, Telefax: 0 36 44/51 80 19

Levelnine

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

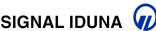
Vorname: Beamtenanwärterin / Beamtenanwärter
Nachname: Versicherungsvergleich
Geburtsdatum: 22.12.2009
Geschlecht: Frau
Berufsgruppe: Beamtenanwärter/in
Status: Erwachsene/r (mit PPV Beitrag)
Beihilfesatz: 50 %
Beihilfeträger: Bund

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.10.2026
Tarifarten: Krankenvollversicherung

Vorgeschlagene Tarife

Anhand Ihrer Vorgaben habe ich folgende Tarife aus über 35 privaten Krankenversicherungsanbietern für Sie ermittelt. Auf den folgenden Seiten werden die Tarife näher erläutert.

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
	VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	83,90 €
	B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	87,36 €
	BAR 50 BE2A PVB	92,53 €
	R-EXKLUSIV-B 50 R-EXKLUSIV-B-E1 50 R-EXKLUSIV-B-ES 50 R-EXKLUSIV-B-W 50 PVB	95,02 €
	R-KOMFORT-B+ 50 R-KOMFORT-B-E1 50 PVB	100,54 €
	KB/50 KBE PVB	70,97 €

Wenn Sie Fragen zu den vorgeschlagenen Produkten haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Analyse Krankenversicherung

Übersicht der Leistungsstärke

Die folgende Übersicht soll Ihnen einen Überblick über die Leistungsstärke der angezeigten Tarife geben. Die Darstellung der Leistungsstärke basiert auf einer subjektiven Bewertung durch den Hersteller der Analysesoftware Levelnine und kann eine individuelle Beratung hinsichtlich der Eignung eines Produktes nicht ersetzen.

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50- UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 SIGNAL IDUNA R-EXKLUSIV-B 50 R-EXKLUSIV-B-E1 50 R-EXKLUSIV-B- ES 50 R-EXKLUSIV- B-W 50 PVB	 SIGNAL IDUNA R-KOMFORT-B+ 50 R-KOMFORT-B- E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Selbstbehalt p.a.:						
SB Art *:						
Arbeitnehmeranteil:						
Effektivbeitrag **::	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad						
Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Erfüllte						
Beratungsschwerpunkte	10 von 18	13 von 18	7 von 18	14 von 18	10 von 18	9 von 18
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär						
	2-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	keine Wahlleistungen	1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn						
Zahnbehandlung	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahnersatz	50 %	50 %	50 %	50 %	100 %	50 %
Kieferorthopädie	50 %	50 %	0 %	50 %	50 %	50 %

Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

* SB Art: A: Ambulanter Selbstbehalt, S: Stationärer Selbstbehalt, Z: Selbstbehalt bei Zahnleistungen, %: Prozentualer Selbstbehalt

** Effektivbeitrag: Fiktiver monatlicher Beitrag inkl. 1/12 des jährlichen Selbstbehaltes.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Selbstbeteiligung (SB)						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ B20 (A), B30 (A): Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✓ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 50 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 50% Erstattung = 500 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 40% Erstattung = 200 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 50% Erstattung = 400 EUR (bei Einschaltung VR) - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 50% Erstattung = 100 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente beträgt 50 EUR.	✓ B20 (A), B30 (A): Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✓ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✓ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✓ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 25 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 50,0% Erstattung = 500 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 50,0% Erstattung = 250 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 50,0% Erstattung = 400 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 37,5% Erstattung = 75 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt 2.475 EUR (0 EUR bei bestimmten schweren Erkrankungen). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 2.500 EUR begrenzt (50% von 5.000 EUR).	✓ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).
- Selbstbehalt nur ambulant?	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ B20 (A), B30 (A): Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- prozentualer Selbstbehalt?	✓ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ B20 (A), B30 (A): Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	B20 (A), B30 (A): Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ B20 (A), B30 (A): Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ B20 (A), B30 (A): Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✓ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✓ B20 (A), B30 (A): Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✗ Nein. Primärarztprinzip vorhanden. Die Erstbehandlung muss durch einen – Arzt für Allgemeinmedizin/praktischen Arzt, – Facharzt für Frauenheilkunde, – Facharzt für Augenerkrankungen, – Facharzt für Kindererkrankungen, – Notarzt, – Bereitschaftsarzt, – Kooperationspartner des Versicherers erfolgen. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung oder eine Überweisung zu belegen.	✓ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✓ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✓ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ B20 (A), B30 (A): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Nein. Ist die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt erfolgt, werden auch alle Folgebehandlungen mit dem reduzierten Satz erstattet.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ B20 (A), B30 (A): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich ist.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ B20 (A), B30 (A): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✘ Nein, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Primärarztprinzip wie in Deutschland.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ B20 (A), B30 (A): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Ja, bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzten gilt das Primärarztprinzip nicht.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ B20 (A), B30 (A): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Primärarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).	B20 (A): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 20%). B30 (A): Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 30%).	Bei Nichteinhaltung des Primärarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 80% des versicherten Prozentsatzes.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden (volle tarifliche Erstattung = 50%).
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ B20 (A), B30 (A): Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt (im Ausland gilt bei akuter Behandlung keine Begrenzung).	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt (im Ausland gilt bei akuter Behandlung keine Begrenzung).	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✘ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die GOÄ-Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherte hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	✘ B20 (A), B30 (A): Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✘ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✘ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✘ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✘ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	 außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	 B20 (A), B30 (A): Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Für geplante Behandlungen im Ausland leistet der Versicherer nur in dem Umfang, der bei einer wohnortnahen medizinischen Behandlung in Deutschland entstanden wäre. Ist eine adäquate Behandlung in Deutschland nicht möglich, leistet der Versicherer auch für gezielt im Ausland durchgeführte Behandlungen in den dort üblichen Kostenrahmen.	 Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.  Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	 B20 (A), B30 (A): Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	B20 (A), B30 (A): Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Heilpraktikerleistungen einschl. verordneter Arzneimittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	 Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	 B20 (A), B30 (A): Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.	 Heilpraktikerleistungen werden bis zu 1.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.	 Heilpraktikerleistungen werden bis zu 500 EUR im Kalenderjahr erstattet.	 Heilpraktikerleistungen werden ohne jährliche Summenbegrenzung erstattet.
- mind. bis zum Höchstsatz GebüH erstattungsfähig?	 Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH erstattungsfähig.	 B20 (A), B30 (A): Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.	 Behandlungskosten, die durch Inanspruchnahme von Heilpraktikern entstehen, werden nur bis zu den Höchstsätzen erstattet, bis zu denen für vergleichbare ärztliche Leistungen Honorare bemessen werden können.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	 Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	 B20 (A), B30 (A): Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben.	 Die im Hufelandverzeichnis (für Ärzte) aufgeführten alternativen Behandlungsmethoden Akupunktur, Akupressur, ausleitende Verfahren, bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonentherapie, Sauerstoff-Therapie und Shiatsu werden tarifgemäß erstattet.	 Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.	 Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.	 Nein, es sind keine Leistungen über das GebÜH hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	B20 (A), B30 (A): Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.	 Es werden die im Hufelandverzeichnis aufgeführten alternativen Behandlungsmethoden Akupunktur, Akupressur, ausleitende Verfahren, bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonentherapie, Sauerstoff-Therapie und Shiatsu tarifgemäß erstattet.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	  Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig. Hinweis: Lt. Informationsblatt des Versicherers (nicht Bestandteil der Bedingungen) wurde der Leistungskatalog um einige wichtige Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen, ergänzt.	 B20 (A), B30 (A): Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Altersbegrenzung erstattungsfähig. Zusätzlich wird eine weitere gezielte Vorsorgeuntersuchung pro Kalenderjahr erstattet. Der Versicherer erstattet auch Aufwendungen für Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR.	 Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung. Als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge sind Maßnahmen zur Pränataldiagnostik bis maximal insgesamt 2.000 EUR erstattungsfähig.	 Gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.	 Ja. Erstattungsfähig sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen; hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.	 Erstattet werden ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Nach zweijähriger Versicherungsdauer kann erstmals für Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf gesetzlich eingeführten Programmen beruhen, ein Kostenzuschuss gewährt werden. Nach Ablauf von jeweils 2 weiteren Jahren können erneut Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden.
- Schutzimpfungen?	 Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.	 B20 (A), B30 (A): Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen.	 Erstattet werden Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, soweit es sich um Schutzimpfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz und Zeckenschutzimpfungen sowie um die empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland handelt, mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen.	 Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.	 Erstattungsfähig einschl. der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen (z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen), auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.	 Als Versicherungsfall gelten auch Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht - unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden.

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie - Ergotherapie - Podologie (- Palliativversorgung (physiotherapeutische Komplexbehandlung)) (- Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik, Geburtsvorbereitungskurs)	✔ B20 (A), B30 (A): Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (- Osteopathie)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (bei Diabetes)	✔ Erstattungsfähig sind: - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Heilmittel/Therapien: Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung (- Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)	✔ Erstattungsfähig sind: - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Heilmittel/Therapien: Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Ernährungstherapie (- Schwangerschaftsgymnastik)
- Erstattung von Heilmitteln in %?	Erstattungsfähige Heilmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	B20 (A), B30 (A): Erstattungsfähige Heilmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel sowie Logopädie, Ergotherapie und Podologie werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	⚠ Erstattungsfähige Heilmittel sowie Logopädie, Ergotherapie und Podologie werden zu 75% des versicherten Prozentsatzes erstattet. Hinweis: Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z. B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) beträgt die Erstattung 100% des versicherten Prozentsatzes.	Erstattungsfähige Heilmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ B20 (A), B30 (A): Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✖ Der Eigenanteil für Heilmittel ist nicht in der Höhe begrenzt. Bei bestimmten schweren Erkrankungen (z. B. Krebs, MS, Alzheimer, Schlaganfall) entfällt die Selbstbeteiligung.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ B20 (A), B30 (A): Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfesätze?	✖ Nein. Heilmittel sind höchstens bis zur Höhe der nach den Beihilferegelungen des Bundes beihilfefähigen Höchstsätze erstattungsfähig.	✖ B20 (A), B30 (A): Nein. Zugrunde gelegt werden Aufwendungen bis zur jeweils beihilfefähigen Höhe.	✖ Nein. Erstattungsfähig sind die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Heilmittel - bis zu den dort genannten beihilfefähigen Höchstsätzen des Bundesministeriums des Innern.	✔ Ja. ⚠ Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen. Hinweis: Logopädie, Ergotherapie: bis beihilfefähige Höchstbeträge	✔ Ja. ⚠ Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen. Hinweis: Logopädie, Ergotherapie: bis beihilfefähige Höchstbeträge	✖ Nein. Die tarifliche Leistung bemisst sich nach den gem. Bundesbeihilfavorschriften dafür als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen.
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?	✖	✖	✖	✔ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✔ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✖

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 SIGNAL IDUNA R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 SIGNAL IDUNA R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Logopädie	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ Leistungen des Logopäden werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.	✔ Leistungen des Logopäden werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen berücksichtigt.	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Leistungen des Ergotherapeuten werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.	✔ Leistungen des Ergotherapeuten werden bis zu den in (§ 23 Abs. 1) der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen berücksichtigt.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ B20 (A), B30 (A): Als Hilfsmittel gelten medizinisch-technische Mittel, Körperersatzstücke und Geräte, die am Patienten für diagnostische oder therapeutische beziehungsweise lebenserhaltende Zwecke angewandt werden, um Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen zu mildern oder auszugleichen. Der Versicherer erstattet Aufwendungen zum Beispiel für Geh- und Stützapparate einschließlich Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrräder, Orthesen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Mehrkosten für orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Herzschrittmacher, Beatmungsgeräte, Sauerstoffgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Ernährungspumpen und Insulinpumpen, Hörgeräte, Blindenführhunde, Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (zum Beispiel Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.	✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel oder Körperersatzstücke, die eine körperliche Beeinträchtigung unmittelbar mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Für einzelne Hilfsmittel gelten Höchstrechnungsbeträge: Perücken bei krankhaftem Haarausfall bis zu 500 EUR / Sehimplantate bis zu 20.000 EUR / individuell angepasste Sitzschalensysteme bis zu 5.000 EUR. Prothesen-BH und - Badeanzüge werden abzüglich eines Eigenanteils von 50% des Rechnungsbetrags analog dem versicherten Prozentsatz erstattet. Einlagen und orthopädische Zurrichtungen an Konfektionsschuhen sind auf maximal 3 Paar pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Hilfsmittel sind erstattungsfähig, sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.	✔ Hilfsmittel sind erstattungsfähig, sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.	✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Als solche gelten zum Beispiel: Sehhilfen, Hör- und Sprechhilfen, Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen, die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurrichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (z. B. „CoaguChek“), Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte, Heimdialysegeräte, Rollatoren und Krankenfahrräder, Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel, Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter, Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie entsprechende medizinische Nährlösungen und darüber hinaus lebenserhaltende Hilfsmittel, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ Erstattungsfähig sind: - 100% des versicherten %-Satzes: orth. Schuhzurichtungen, orth. Schuheinlagen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund - 100% des versicherten Prozentsatzes bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerh. v. 2 Tagen (ansonsten 80% des versicherten %-Satzes): orthopädische Maßschuhe (abzg. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Sprechhilfen, Körperersatzstücke, Orthesen, Gehstützen, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore, Insulin-, Infusions- + Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore, Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte - elektronische Lesegeräte bis 2.450 EUR, Hörgeräte bis insgesamt 1.300 EUR pro Ohr innerhalb von drei Kalenderjahren, Perücken bis 520 EUR, Bettwärmertherapiegerät bis 120 EUR, Allergikerbettwäsche (= Encasings) bis 200 EUR p. a., Bewegungsschienen bis 600 EUR pro Versicherungsfall, Tens-/EMS-Geräte bis 150 EUR pro Gerät - jeweils analog dem versicherten Prozentsatz - weitere Hilfsmittel (zur Begrenzung/Vermeidung schwerer gesundh. Schäden) in funktioneller Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	✔ B20 (A), B30 (A): Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ Es fällt nur dann eine separate Selbstbeteiligung - von 20% - an bei Hilfsmitteln, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund).	✔ B20 (A), B30 (A): Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	⚠ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. Hinweis: Der Eigenanteil für Hilfsmittel, bei denen Höchstrechnungsbeträge vorgesehen sind, ist nicht in der Höhe begrenzt.	✔ Keine separate Selbstbeteiligung. Ggf. fällt eine Zuzahlung an, sofern Hilfsmittel, die mehr als 1.000 EUR kosten, nicht vorab vom Versicherer zugesagt wurden (s. "keine Beschränkung der Bezugsart/ Zusageerfordernis").	✔ Keine separate Selbstbeteiligung. Ggf. fällt eine Zuzahlung an, sofern Hilfsmittel, die mehr als 1.000 EUR kosten, nicht vorab vom Versicherer zugesagt wurden (s. "keine Beschränkung der Bezugsart/ Zusageerfordernis").	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- offener Hilfsmittelkatalog?	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	✔ Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.	✔ B20 (A), WL20 (A), WL30 (A), B30 (A): Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✖ Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summenmäßige begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Herzschrittmacher, Blindenstock, Blindenhund) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden - ansonsten wird die Erstattung um 20% gekürzt.	✔ B20 (A), B30 (A): Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. Ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR ist der Versicherungsnehmer berechtigt, vorab eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers einzuholen.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. Ab einem Rechnungsbetrag von 1.200 EUR kann der Versicherer jedoch mit der Beschaffung über einen Kooperationspartner beauftragt werden.	✖ Bei mehr als einmaligem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art im Kalenderjahr und/ oder bei Hilfsmitteln mit einem Kaufpreis von mehr als 1.000 EUR ist eine vorherige Zusage erforderlich (auch bei deren Wartung und Reparatur). Wird bei den Hilfsmitteln, die mehr als 1.000 EUR kosten, keine Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.	✖ Bei mehr als einmaligem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art im Kalenderjahr und/ oder bei Hilfsmitteln mit einem Kaufpreis von mehr als 1.000 EUR ist eine vorherige Zusage erforderlich (auch bei deren Wartung und Reparatur). Wird die Zusage nicht eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden noch ist eine vorherige Zusage erforderlich.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Beatmungsgeräte (Schlafapnoe- Geräte (z.B. CPAP-/BiPAP-/Bilevel- Geräte)) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.250 EUR erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung?	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✖ Krankenfahrstühle (ggf. inkl. Zubehör und Antrieb) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✖ Krankenfahrstühle werden bis 7.500 EUR übernommen; bei medizinisch notwendigen Spezialanfertigungen können nach vorheriger Zusage des Versicherers auch höhere Beträge erstattet werden.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis insgesamt bis 1.300 EUR pro Ohr (innerhalb von drei Kalenderjahren) erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung - analog des versicherten Prozentsatzes.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: B20 (A), B30 (A): Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR erstattungsfähig, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Hörhilfen (Hörgeräte apparativ einschließlich dazugehöriger Öhranpassstücke) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Hörhilfe erstattungsfähig, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Orthopädische Schuhe?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: B20 (A), B30 (A): Erstattungsfähig sind Mehrkosten für orthopädische Schuhe.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Die Kosten für einen Blindenhund (incl. erforderlicher Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ Anschaffungskosten eines Blindenführhundes inklusive Einführtraining sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig, sofern der Blindenhund als technisches Mittel vom Versicherer angesehen wird.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.450 EUR erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körpersersatzstücke?	✔ Ja, Körpersersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, die Kosten für Körpersersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	✖ Körpersersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen (bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR pro Prothese, C-LEG-Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 30.000 EUR), Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Körpersersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).	✔ Körpersersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).	✔ Ja, die Kosten für Körpersersatzstücke (Prothesen, Epithesen) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Prothesen sind erstattungsfähig - bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR pro Prothese, C-LEG-Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 30.000 EUR.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen) sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sind erstattungsfähig.
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✖ Brillen und Kontaktlinsen werden bis 150 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Brillenzuschlag: 7 EUR - multipliziert mit dem versicherten Prozentsatz	✔ B20 (A): Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden bis zu 200 EUR erstattet. B30 (A): Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden bis zu 300 EUR erstattet.	✔ Medizinisch notwendige Sehhilfen werden bis 300 EUR erstattet.	✖ Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 150 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: ab 8 Dioptrien: doppelter Erstattungsbetrag	✖ Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen werden bis 75 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien verdoppelt sich der Erstattungsbetrag.	✔ Brillen und Kontaktlinsen werden bis 300 EUR erstattet.
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate?	✖ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Sehhilfen sind ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren, bis zum 15. Lebensjahr einmal je Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	✔ Ein Anspruch auf Kostenersatz besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehkraft um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.	✔ Ein Anspruch auf Kostenersatz besteht einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehkraft um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 24 Monaten erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung						
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	✔ Operative Sehschärfenkorrektur (z. B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) wird bis 500 EUR je Auge erstattet; erneuter Anspruch nach Ablauf von 10 Jahren.	✔ B20 (A), B30 (A): Aufwendungen für brechkraftverändernde Augenoperationen (z. B. LASIK) werden erstattet.	✔ Aufwendungen für eine Korrektur der Sehschärfe mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operation oder Kunstlinsen-Operation) werden bis 500 EUR (250 EUR pro Auge) erstattet.	✔ ⚠ Ab dem 4. Kalenderjahr nach Tarifbeginn besteht ein Erstattungsanspruch für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu insgesamt 1.000 EUR für beide Augen. Bei Inanspruchnahme werden im entsprechenden Kalenderjahr der OP und in den 5 darauffolgenden Kalenderjahren keine Sehhilfen erstattet. Hinweis: frühestens ab dem 4. Kalenderjahr	Keine Leistung vorhanden.	✔ Sehschärfenkorrekturen, auch stationär durchgeführte, mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) werden bis max. 250 EUR pro Auge erstattet.
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ ⚠ B20 (A), B30 (A): Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. Hinweis: B20 (A), B30 (A): Ab der 53. Sitzung ist eine vorherige schriftliche Zusage erforderlich, s. auch Leistungspunkt "mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage".	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✖ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✖ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	✖ ⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Von der 31. bis zur 60. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% und für alle weitere Sitzungen von 30% an.	✔ B20 (A), B30 (A): Für Psychotherapie fällt keine separate Selbstbeteiligung an; und auch sonst keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): 52 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. Darüberhinaus leistet der Versicherer nach vorheriger schriftlicher Zusage für weitere Behandlungen im Kalenderjahr nach Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ 30 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.	✔ 30 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/Chemotherapie oder Nierendialyse) werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten 80% des versicherten Prozentsatzes).	✔ B20 (A), B30 (A): Erstattet werden Aufwendungen für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse).	✔ Transporte zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie sind erstattungsfähig. Werden die Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so wird der Kilometersatz zugrunde gelegt, der in der jeweils gültigen Fassung des Einkommensteuergesetzes geregelt ist. Ebenso werden auf Nachweis des Versicherungsnehmers die Kosten des preisgünstigsten öffentlichen Verkehrsmittels erstattet.	✔ Transporte (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✔ Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen) medizinisch notwendige Transporte.

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✔ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	✔ B20 (A), B30 (A): Erstattet werden Aufwendungen für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus - auch zur nachoperativen Behandlung - bzw. zur und von der Heilmittelanwendung bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit.	✖ Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	✔ Ja, bei Gehunfähigkeit sind die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt erstattungsfähig.	✔ Ja, bei Gehunfähigkeit sind die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt erstattungsfähig.	✔ Ja, medizinisch notwendige Transporte wegen Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Übernommen werden auch wegen der Folgen ambulant durchgeführter Operationen medizinisch notwendige Transporte.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeigneten Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	✖ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Seheunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann analog des versicherten Prozentsatzes übernommen.	✖ B20 (A), B30 (A): Ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht generell erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: B20 (A), B30 (A): Erstattet werden Aufwendungen für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus - auch zur nachoperativen Behandlung - bzw. zur und von der Heilmittelanwendung bei schweren Erkrankungen oder deren Behandlung.	✖ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✖ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig (nur bei Gehunfähigkeit).	✖ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig (nur bei Gehunfähigkeit).	✖ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?	✔ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja. Erstattet werden Aufwendungen für Transporte bei Notfällen bzw. Erstversorgung nach Unfall zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus.	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	⚠ Arznei- und Verbandsmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr zu 80%, danach zu 100% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. Hinweis: Bei Kindern und Jugendlichen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ohne Selbstbeteiligung erstattet.	✔ B20 (A), B30 (A): Für Arznei-/Verbandmittel (und unmittelbar zur Behandlung schwerer Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien wie Stoma-/Tracheostoma-, Inkontinenz-Versorgungsartikel, Applikationshilfen) fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	Nähr- und Stärkungsmittel gelten nicht als Arzneimittel. Nach ärztlicher Verordnung sind Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist, sowie Vitaminmonopräparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen.	✔ B20 (A), B30 (A): 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.	✔ Vitamin-, Nähr- und Stärkungsmittel werden bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zur Vermeidung lebensbedrohlicher schwerer gesundheitlicher Schäden, z.B. Morbus Crohn und Mukoviszidose oder während einer Schwangerschaft gezahlt. Ist auf Grund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich, werden die Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung (enterale Ernährung) und Dauertropfinfusionen (parenterale Ernährung) erstattet.	Nein, medikamentenähnliche Nährmittel sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	Nein, medikamentenähnliche Nährmittel sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Geleistet wird auch für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen, z. B. homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.	Nein. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost u. dgl. Medizinische Nährlösungen zur künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	Nein, die Erstattung von Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen ist nicht in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✔ Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✔ Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherer bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig. Ab einem Rechnungsbetrag von insgesamt 7.000 EUR pro Monat ist die Zahlung der Leistungen von einer vorherigen schriftlichen Zusage des Versicherers abhängig. Unter bestimmten Voraussetzungen werden auch Aufwendungen für Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung erstattet (max. 50 EUR täglich für bis zu 21 Tage je Versicherungsfall).	✔ Ja, Aufwendungen für die ärztlich verordnete Behandlungspflege innerhalb Deutschlands werden bei schweren Erkrankungen, die eine 24-stündige Überwachung aufgrund künstlicher Beatmung und eine medizinische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege von medizinisch ausgebildeten Fachkräften erfordern, erstattet, sofern die Behandlungspflege über den Versicherer beschafft wird oder vor Behandlungsbeginn eine Zusage durcherteilt wurde. Der Versicherer empfiehlt rechtzeitig vor Beginn der Behandlungspflege eine Kontaktaufnahme, um die Kostenübernahme zu klären (andernfalls Reduzierung der Erstattung möglich).	✔ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege (ärztlich angeordnete/von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel)) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und ärztlich verordnet wurde.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Palliativversorgung?	✔ Erstattungsfähig sind analog des versicherten Prozentsatzes ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Anspruch auf Erstattung der Leistungen haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet. Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.	✔ B20 (A), B30 (A): Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), sofern sie über den Versicherer beschafft wird (Vermittlung von qualifizierten Dienstleistern). Ohne Einschaltung des Versicherers bzw. bei fehlender Zusage sind die Kosten auf die Höhe begrenzt, die entstanden wären, wenn der Versicherer die SAPV vermittelt hätte. SAPV: Die versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung benötigt eine besonders aufwendige Versorgung. Die SAPV zielt dabei darauf ab, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.	✔ Ja. Im Rahmen der Sterbebegleitung werden die Kosten der ambulanten Palliativversorgung erstattet, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen und die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen nicht überschritten werden.	✔ Ja. Im Rahmen der Sterbebegleitung werden die Kosten der ambulanten Palliativversorgung erstattet, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen und die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen nicht überschritten werden.	✔ Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus der Pflegeversicherung hinausgehen.
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	B20 (A), B30 (A): Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig.	✔ Ambulante Kuren und medizinische Rehabilitation in einem anerkannten Heilbad oder Kurort: Erstattet werden Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe bis zur Dauer von 35 Tagen, für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht. Ein erneuter Anspruch entsteht 36 Monate ab Beginn der letzten Kurmaßnahme. Die Erstattung umfasst auch Vater-/Mutter-/Kind-Kuren, sofern für die zu behandelnden Personen jeweils medizinische Notwendigkeit und Versicherungsschutz besteht.	✔ Bei Aufenthalt in Kurorten sowie in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen, sind die Kosten für ambulante Heilbehandlungen einschließlich Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel berücksichtigungsfähig. Voraussetzung für die Erbringung der Leistungen ist die Vorlage einer Bescheinigung des Hausarztes über die medizinische Notwendigkeit der Kur und des Abschlussberichtes des Kurarztes. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Kurtaxe, Unterbringung, Verpflegung und Fahrtkosten.	Nein. Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig; es wird hierfür ein separater Kurtarif angeboten.	✔ Erstattungsfähig sind ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel, wenn sie im Rahmen einer ärztlich verordneten und medizinisch notwendigen ambulanten Kur in Deutschland anfallen. Eine Inanspruchnahme dieser Leistung ist nur alle 3 Jahre möglich. Unterbringungs-, Verpflegungs- und Fahrtkosten sowie Kurtaxe werden nicht erstattet.
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✔ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.

Leistungsvergleich Ambulant

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Ambulant						
Sonstiges	✔ Erstattet werden auch: - Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Sozialtherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.	✔ B20 (A), B30 (A): Erstattet werden auch - 2 Präventionskurse p. a. aus unterschiedlichen Bereichen, bis insgesamt 150 EUR* - Diabetes-Erst- und Folgeschulungen bis insgesamt 500 EUR* innerhalb von 3 Kalenderjahren - Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsgymnastik - Rückbildungs-/Wochenbettgymnastik * analog versichertem Prozentsatz Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattet werden auch: - Geburtsvorbereitung und Schwangerschaftsgymnastik bei Hebammen und Physiotherapeuten - Gebärdensprachdolmetscher/in bei medizinisch notwendigen Behandlungen - med. Schulungen für chronisch Kranke (insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis) bis insgesamt 500 EUR - Rechnungsbetrag innerh. von 3 KJ. - ärztlich verordnete Haushaltshilfen bis 20 EUR Rechnungsbetrag für jeden vollen Kalendertag, um den eine akutstationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird, sofern ein minderj. Kind im Haushalt wohnt und für dessen Versorgung kein Angehöriger zur Verfügung steht. Die jeweiligen genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.	✔ - Kostenzuschuss für von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Präventionskurse: 80% der tariflichen Leistung, 1 Kurs p. a. (bestätigte Teilnahmebescheinigung (mind. 80% der Kurseinheiten) erforderlich).	✔ weitere Leistungen: - Pauschale von 200 EUR, analog dem versicherten Prozentsatz, für ambulante Operationen oder stationärsersetzende Eingriffe gem. § 115 b SGB V - Kostenzuschuss für von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Präventionskurse: 80% der tariflichen Leistung, 1 Kurs p. a. (bestätigte Teilnahmebescheinigung (mind. 80% der Kurseinheiten) erforderlich). Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattungsfähig sind auch telemedizinische Beratungen und Behandlungen durch approbierte Ärzte, die für einen auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierten Anbieter tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der GOÄ vorgenommen werden. Voraussetzung ist, dass der Anbieter in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis des Versicherers enthalten ist (wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt).

Leistungsvergleich Stationär

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	 BW2 50-UA, VisB 50T-UA: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	 B20 (A), B30 (A): Kosten für gesonderte Unterkunft im 1- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. WL20 (A), WL30 (A): Bei Wahl eines Einbettzimmers werden die Aufwendungen, die bei Wahl eines Zweibettzimmers entstanden wären, erstattet.	 BAR 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BE2A: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen	 R-EXKL-B 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. R-EXKL-BW 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1- Bettzimmer sind erstattungsfähig. R-EXKL-BES 50: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen	 Kosten für gesonderte Unterkunft im 1- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	 KB 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. KBE: Erstattet werden stationäre Heilbehandlung und Entbindung (unter Anrechnung evtl. Beihilfeleistungen) zu 100%. Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gem. § 16 der Bundespfllegesatzverordnung (BPflV) bzw. gem. § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im 1-Bettzimmer (oder 2- Bettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung (durch Chefarzt oder Belegarzt)).
- 2-Bettzimmer?	 BW2 50-UA: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer sind erstattungsfähig. VisB 50T-UA: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	 B20 (A), B30 (A): Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. WL20 (A), WL30 (A): Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer sind erstattungsfähig.	 Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer sind erstattungsfähig.	 R-EXKL-B 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. R-EXKL-BW 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	 KB 50: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. KBE: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2- Bettzimmer werden - unter Anrechnung evtl. Beihilfeleistungen - zu 100% erstattet.
- Regelleistungen?	 Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	 B20 (A), B30 (A): Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	 Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	 BW2 50-UA: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. VisB 50T-UA: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	 B20 (A), B30 (A): Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig. WL20 (A), WL30 (A): Ja, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	 Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	 R-EXKL-B 50: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. R-EXKL-BW 50: Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	 Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen im allgemeinen belegärztlichen Rahmen.	 KB 50: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen. KBE: Ja, privatärztliche Behandlung wird - unter Anrechnung evtl. Beihilfeleistungen - zu 100% erstattet.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?						

Leistungsvergleich Stationär

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ BW2 50-UA: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig. VisB 50T-UA: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. WL20 (A), WL30 (A): Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✔ R-EXKL-B 50: Gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte sind im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen bis zum 1,8-fachen GOÄ-Satz) erstattungsfähig. R-EXKL-BW 50: Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✖ Gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte sind im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen bis zum 1,8-fachen GOÄ-Satz) erstattungsfähig.	✔ KB 50: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. KBE: Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: BW2 50-UA: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, sofern die Leistungen vom liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbracht wurden. Der Versicherer erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten, die sich aus der Honorarvereinbarung ergeben. VisB 50T-UA: Die Erstattung ist auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	✖ B20 (A), B30 (A): Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. WL20 (A), WL30 (A): Die Erstattung für privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) ist auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✖ Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ R-EXKL-B 50: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf den allgemeinen belegärztlichen Rahmen begrenzt. R-EXKL-BW 50: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. R-EXKL-BES 50: Leistungen vorhanden, s. gesonderte Leistungsfragen zu den Beihilfeergänzungstarifen	✖ Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf den allgemeinen belegärztlichen Rahmen begrenzt.	✖ KB 50: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. KBE: Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 BW2 50-UA, VisB 50T-UA: außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: BW2 50-UA, VisB 50T-UA: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	 B20 (A), WL20 (A), WL30 (A), B30 (A): Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Für geplante Behandlungen im Ausland leistet der Versicherer nur in dem Umfang, der bei einer wohnortnahen medizinischen Behandlung in Deutschland entstanden wäre. Ist eine adäquate Behandlung in Deutschland nicht möglich, leistet der Versicherer auch für gezielt im Ausland durchgeführte Behandlungen in den dort üblichen Kostenrahmen.	 R-EXKL-B 50, R-EXKL-BW 50: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 KB 50, KBE: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Privatkliniken						
Privatkliniken	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BPIV bzw. dem KHEntgG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntgG. (III. Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) wird zugrunde gelegt) Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	B20 (A), B30 (A):  Unterliegt das Krankenhaus nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, werden die Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen (= Inanspruchnahme der Allgemeinen Pflegeklasse einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten) erstattet.	Bei Behandlungen in Privatkliniken sind die Kosten nur bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie bei entsprechenden Leistungen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung (z.B. nächstliegende Universitätsklinik) angefallen wären. Sollte die Beihilfe mehr als die Leistungen eines Krankenhauses der Maximalversorgung übernehmen, legt auch der Versicherer den von der Beihilfe anerkannten Betrag zugrunde.	 Ja. Berücksichtigungsfähig zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.	 Ja. Berücksichtigungsfähig zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.	Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPIV oder KHEntgG angefallen wäre.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	BW2 50-UA: Erstattungsfähig sind Unterbringung im 2-Bettzimmer + privatärztliche Behandlung: Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BpflV bzw. dem KHEntG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntG. (II. Pflegeklasse (= Differenz allgemeine Krankenhausleistungen - Zusatzkosten 2-Bettzimmer) wird zugrunde gelegt). Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet. VisB 50T-UA: Es sind keine Wahlleistungen versichert.	✓ B20 (A), B30 (A): Es sind keine Wahlleistungen versichert. WL20 (A), WL30 (A): Die Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer und gesondert berechenbare ärztliche Leistungen sind erstattungsfähig.	✓ Wahlleistungen (gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer und Privatarzt) sind erstattungsfähig.	✓ R-EXKL-B 50: Es sind keine Wahlleistungen versichert. R-EXKL-BW 50: Berücksichtigungsfähig zu 100% sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes für die gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer + gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen.	Es sind keine Wahlleistungen versichert.	KB 50: Es sind keine Wahlleistungen versichert. KBE: Soweit Krankenhäuser nicht nach der BpflV oder dem KHEntG abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BpflV oder KHEntG angefallen wäre.
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✓ Erstattet werden medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.	✓ B20 (A), B30 (A): Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✓ Erstattet werden medizinisch notwendige professionelle Kranken- und Rettungstransportkosten zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.	✓ Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit des Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.	✓ Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit des Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.	✓ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✓ BW2 50-UA: Bei Unterkunft im Mehrbettzimmer werden 24 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 20 EUR pro Tag - analog dem versicherten Prozentsatz - gezahlt. VisB 50T-UA: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	✓ B20 (A), B30 (A): Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. WL20 (A), WL30 (A): Bei Verzicht auf Wahlleistungen werden pro Tag 50 EUR analog dem versicherten Prozentsatz gezahlt.	✓ Bei Verzicht auf die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer werden 20 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Leistungen 30 EUR pro Tag gezahlt - jeweils analog versichertem Prozentsatz.	✓ R-EXKL-B 50: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. R-EXKL-BW 50: Bei Verzicht auf die gesondert berechenbare Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer werden 20 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 30 EUR pro Tag - jeweils analog versichertem Prozentsatz - gezahlt.	Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	✓ KB 50: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. KBE: Bei Verzicht auf Kostenersatzung für Wahlleistungen wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 15 EUR gezahlt.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✓ B20 (A), B30 (A): Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✓ Ja, Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftlich Leistungszusage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelte oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.	✓ B20 (A), B30 (A): Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in gemischten Krankenanstalten verzichtet der Versicherer auf die vorherige schriftliche Zusage.	✓ Ja, es ist keine Zusage erforderlich: - bei Notfallanweisung - (onkologischer) AHB bei schweren Erkrankungen - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich eine medizinisch notw. Heilbehandlung durchgeführt wird, die einen stationären Aufenthalt erfordert - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notw. stationäre Heilbehandlun erfordert Im Nachhinein wird eine Kostenübernahme für einen medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt geprüft, wenn es versäumt wurde, vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage vom Versicherer einzuholen.	✓ Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn: - es sich um eine Notfallanweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und/oder ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.	✓ Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und/oder ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.	✓ Ja, eine Zusage ist nicht erforderlich, wenn - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern, - eine Notfallanweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte, - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt (nur bei bestimmten Diagnosen), - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✓ BW2 50-UA: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. VisB 50T-UA: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✓ B20 (A), B30 (A): Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	⚠ Aufwendungen für Psychotherapie werden bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet. Die Zahlung eines Ersatz- Krankenhaustagegelds (bei Verzicht auf Wahlleistungen) ist auf 30 Tage begrenzt. Hinweis: Erfolgt die stationäre Psychotherapie in einer Kooperationsklinik des Versicherers, entfällt die Begrenzung auf 30 Behandlungstage.	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ KB 50, KBE: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbegleitung)?	✓ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.	✓ B20 (A), B30 (A): Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig. Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen Hospizaufenthaltes erfolgt eine Leistung in Höhe des tatsächlich für den Zeitraum zu zahlenden Beitrags für die versicherte Person bis zum Ende dieses Hospizaufenthaltes.	✓ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten der Versorgung in einem stationären Hospiz sind erstattungsfähig.	✓ Als Versicherungsfall gelten auch stationäre Hospizaufenthalte, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus Pflegeversicherungen hinausgehen. Erstattungsfähig sind 100% der verbleibenden Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der GKV zugelassenen Hospiz, bis zu der Höhe, die die für die Versorgung eines GKV- Versicherten aufzuwenden wäre.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	BW2 50-UA, VisB 50T-UA: Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	B20 (A), B30 (A): Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	⚠ Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant Hinweis: Ist die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, werden die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (allgemeine Krankenhausleistungen) einer Begleitperson erstattet.	⚠ Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant Hinweis: Unter bestimmten Voraussetzungen werden bei Erwachsenen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson erstattet oder eine Haushaltshilfe bezuschusst (max. für 6 Wochen, 10 EUR pro Stunde/80 EUR am Tag).	⚠ Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant Hinweis: Unter bestimmten Voraussetzungen werden auch bei Erwachsenen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson erstattet oder eine Haushaltshilfe bezuschusst (max. für 4 Wochen, 10 EUR pro Stunde/80 EUR am Tag).	Keine Leistung vorhanden.

Leistungsvergleich Stationär

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Kuren stationär?	 Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	 B20 (A), B30 (A): Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.	 Erstattet werden bei einer Kur- oder Sanatoriumbehandlung bzw. medizinischen Rehabilitation die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie. Die Erstattung umfasst auch Vater-/Mutter-/Kind-Kuren, sofern für die zu behandelnden Personen jeweils medizinische Notwendigkeit und Versicherungsschutz besteht.	 Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	 Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	 Bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung kann ein Kostenzuschuss gewährt werden, wenn der Versicherer diesen vor Kurantritt aufgrund eines ausführlichen ärztlichen Attestes zugesagt hat. Leistungen können erstmals für Behandlungen erbracht werden, die nach dreijähriger Versicherungsdauer stattfinden. Für Behandlungen dieser Art, die nach Ablauf von jeweils 3 weiteren Jahren stattfinden, können erneut Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Das gilt auch für Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen, die in Krankenhäusern bzw. Kliniken stattfinden.
Sonstiges		 WL20 (A), WL30 (A): Bei Beginn der Elternzeit besteht die Option, den Versicherungsschutz nach diesem Tarif für die Dauer der Elternzeit auszusetzen. Zum Zeitpunkt der Beendigung der Elternzeit kann der der Tarif dann ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten wieder aufleben, sofern die Umstellung innerhalb von zwei Monaten beantragt wird.	 Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthaltes erfolgt eine Leistung in Höhe des tatsächlich für den Zeitraum zu zahlenden Beitrags für die versicherte Person bis zum Ende dieses Krankenhausaufenthaltes. Für medizinisch notwendige stationäre Aufenthalte im Zusammenhang mit einer Zahnersatz-/Inlaymaßnahme werden die Kosten analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. Der Versicherungsnehmer kann für die versicherten Personen beantragen, dass auf die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen sowie auf das Ersatz-Krankenhaustagegeld verzichtet wird. Der Tarifbeitrag ermäßigt sich entsprechend.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	 Erstattet wird für jeden vollen Kalendertag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung und einer Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim ein Krankenhaustagegeld von 15 EUR. Für stationäre psychotherapeutische Behandlungen max. bis zu 30 Behandlungstage p. a. Für Entziehungsmaßnahmen wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Leistungsvergleich Zahn

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	Zahnbehandlung wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	B20 (A), B30 (A): Zahnbehandlung wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Zahnbehandlung wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Zahnbehandlung wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet (professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ 2x p. a.)	Zahnbehandlung (einschl. Prophylaxe (GOZ-Ziffern 1000-1030) + PZR (2x p. a., GOZ-Ziffer 1040)) wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Zahnbehandlung (einschl. professioneller Zahnreinigung) wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.
Zahnersatz (%)?	Zahnersatz wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	B20 (A), B30 (A): Zahnersatz wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Zahnersatz wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet. Verblendungen werden im Frontzahnbereich jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.	 Zahnersatz wird in den ersten beiden Kalenderjahren analog dem versicherten Prozentsatz erstattet. Hinweis: Ab dem dritten Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10% p. a. - minimal auf 80%, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und steigt um 10% p. a., max. auf 100%, wenn eine nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein Behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. *ausgehend von 100% der versicherten Tariftstufe	 Zahnersatz (einschl. Keramikverblendungen) wird in den ersten beiden Kalenderjahren analog dem versicherten Prozentsatz erstattet. Hinweis: Ab dem 3. Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. um 10% - minimal auf 80%, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und steigt um 10% p. a., max. auf 100%, wenn eine Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein Behandlungsbedürftiges Gebiss nachweislich vollständig saniert wurde. *ausgehend von 100% der versicherten Tariftstufe	Zahnersatz wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.
- Kieferorthopädie (%)?	Kieferorthopädie wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	B20 (A), B30 (A): Kieferorthopädie wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	Kieferorthopädie wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.	Kieferorthopädie ist zu 80% der versicherten Tariftstufe erstattungsfähig, plus 20% der versicherten Tariftstufe nach erfolgreichem Abschluss.	Kieferorthopädie wird analog dem versicherten Prozentsatz erstattet.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 B20 (A), B30 (A): Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.	 Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 B20 (A), B30 (A): Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	 B20 (A), B30 (A): Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.

Leistungsvergleich Zahn

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	 B20 (A), B30 (A): Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Für geplante Behandlungen im Ausland leistet der Versicherer nur in dem Umfang, der bei einer wohnortnahen medizinischen Behandlung in Deutschland entstanden wäre. Ist eine adäquate Behandlung in Deutschland nicht möglich, leistet der Versicherer auch für gezielt im Ausland durchgeführte Behandlungen in den dort üblichen Kostenrahmen.	 Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	 Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	 Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 B20 (A), B30 (A): Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden (Material- und Laborkosten sind bis zur mittleren Preislage erstattungsfähig).	 Nein, Material- und Laborkosten sind bis zur mittleren Preislage erstattungsfähig (entsprechende Beträge teilt der Versicherer auf Anfrage mit).	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	 Die Aufwendungen für Zahnersatz, Funktionsanalytik und Kieferorthopädie sind auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt: - 1.000 EUR in den ersten 24 Monaten - 2.000 EUR in den ersten 48 Monaten	 B20 (A), B30 (A): Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	 Für Zahnersatz, Kronen, Inlays und Onlays sind die erstattungsfähigen Auswendungen - im 1. Versicherungsjahr auf 500 EUR - in den ersten beiden Versicherungsjahren auf insgesamt 1.000 EUR - in den ersten drei Versicherungsjahren auf insgesamt 1.500 EUR begrenzt.	 Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.  Hinweis: Vereinbarung einer Zahnstaffel (für zahnärztliche Leistungen und kieferorthopädische Behandlungen), in Abhängigkeit von der Anzahl der fehlenden/ersetzten Zähne (s. Antrag)	 Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe/PZR, Zahnersatz, Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt: - 750 EUR im ersten Versicherungsjahr - 1.500 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren - 3.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren - 4.500 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren.	 Erstattungshöchstsätze für Zahnersatz und Kieferorthopädie: - im 1. und 2. Versicherungsjahr jeweils 800 EUR - im 3. und 4. Versicherungsjahr jeweils 1.600 EUR - im 5. Versicherungsjahr 2.600 EUR.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ B20 (A), B30 (A): Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme Schäden an der Biss- und Kaufunktion der Zähne verursacht werden.	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei einem nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall.	✔ Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines nach Policierung eingetretenen Unfalles erforderlich, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Bei Zahnersatzmaßnahmen (prothetische Leistungen einschl. der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen) und Funktionsanalytik > 1.000 EUR sowie bei Implantaten muss vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt und vom Versicherer schriftlich genehmigt werden, ansonsten wird der halbe Erstattungsprozentsatz zugrunde gelegt.	✔ B20 (A), B30 (A): Bei Behandlungen mit voraussichtlichen Gesamtkosten von mehr als 10.000 EUR ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen.	✔ Die rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans sollte erfolgen, damit Auskunft über die zu erwartende Erstattungshöhe erteilt werden kann.	✔ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird seitens des Versicherers jedoch bei einem voraussichtliche Rechnungsbetrag von mehr als 2.500 EUR empfohlen.	✔ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben; wird seitens des Versicherers jedoch bei einem voraussichtliche Rechnungsbetrag von mehr als 1.500 EUR empfohlen (einschl. Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme).	✔ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✖ Erstattungsfähig sind während der gesamten Verweildauer in diesem Tarif zwei Implantate pro Kiefer, wenn sie wie folgt verwendet werden: - zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind - zur Versorgung einer Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen - zur Fixierung einer Totalprothese Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind max. 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig.	✔ B20 (A), B30 (A): Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	✔ B20 (A), B30 (A): Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	⚠ Inlays werden wie Zahnersatz erstattet. Hinweis: Zur Inlayversorgung zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. Wurzelbehandlung).	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.
Sonstiges		Keine Leistung vorhanden.		Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Auch bei stationärer Behandlung sind Materialien erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✔ Markteinführung: 01.2024				✔ Markteinführung: 03.2021	✔ KB 50, KBE: Markteinführung: 09.2017
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✔ Tarif ist aktuell.				✔ Tarif ist aktuell.	✔ KB 50, KBE: Tarif ist aktuell.
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):					Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (bei Behandlungen/Untersuchungen usw. aufgrund psychischer/psychosomatischer Erkrankungen 5 Jahre).	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✖ Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (ambulante Operationen: 5 Jahre; HIV-Infektion, Behandlungen wg. unerfülltem Kinderwunsch: unbegrenzt).	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (ambulante Operationen: 5 Jahre; HIV-Infektion, Behandlungen wg. unerfülltem Kinderwunsch: unbegrenzt).	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✖ Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre.	✖ Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✖ Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	✖ Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	✖ Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ B20 (A), B30 (A): Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen (...) - auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?"	B20 (A), B30 (A): Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten, Unfallfolgen (...), die zu den bisherigen Gesundheitsfragen noch nicht angegeben wurden?"		Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten (...)?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten (...)?"	Nein. Im Antrag wird gefragt "Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (Fehlstellungen, Fehlbildungen, Körperimplantate) oder Unfallfolgen, die nicht ärztlich oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✔ bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: Leistungsausschluss	B20 (A), B30 (A): Es liegen keine Informationen vor.	Es liegen keine Informationen vor.	✔ Es gibt ein Bewertungsschema (s. Antrag). - bis 2 fehlende Zähne: pro fehlendem Zahn 5 EUR Beitragszuschlag (multipliziert mit der versicherten Prozentstufe) - ab 5 fehlenden Zähnen: Ablehnung	✔ Es gibt ein Bewertungsschema (s. Antrag). - bis 2 fehlende Zähne: pro fehlendem Zahn 5 EUR Beitragszuschlag (multipliziert mit der versicherten Prozentstufe) - ab 5 fehlenden Zähnen: Ablehnung	Angaben/Infos lt. Versicherer nicht erwünscht
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	B20 (A), B30 (A): Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	BW2 50-UA, BNVisBUA, VisB 50T-UA: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	B20 (A), BG (A), WL20 (A), WL30 (A), B30 (A): Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	KB 50, KBE: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Höhe garantierte BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?						
Höhe garantierte BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	 BW2 50-UA: Die BRE beträgt 6 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr (im stationären Bereich). BNVisBUA, VisB 50T-UA: Die BRE beträgt 6 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr. VisB 50T-UA: jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR Fitness: 50 EUR Hinweis: zzgl. evtl. Verhaltensboni, s. Textübersicht	B20 (A), BG (A), WL20 (A), WL30 (A), B30 (A): Die BRE beträgt 6 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr.	Die BRE beträgt 6 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr.	Die BRE beträgt 6 MB ab 1 leistungsfreien Jahr gezahlt.	Die BRE beträgt 6 MB ab 1 leistungsfreien Jahr gezahlt.	KB 50, KBE: s. nächsten Leistungseintrag
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	BW2 50-UA, BNVisBUA, VisB 50T-UA: Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	B20 (A), BG (A), WL20 (A), WL30 (A), B30 (A): Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?				Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	✔ KB 50, KBE: Ab dem 1. leistungsfreien Jahr wird eine BRE von 240 EUR gezahlt.
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						KB 50, KBE: Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	✔ BW2 50-UA: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant BNVisBUA: Ja. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Präventionskurse sind BRE-unschädlich. VisB 50T-UA: Ja. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE- unschädlich.	B20 (A), B30 (A): Nein. WL20 (A), WL30 (A): stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. (Zahn-)Vorsorgeuntersuchungen und professionelle Zahnreinigung sind BRE- unschädlich. Die genaue Vorsorgeuntersuchung muss vom Arzt auf der Rechnung vermerkt sein.	✔ Ja. Untersuchungen gem. dem den Bedingungen angehängten „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ einschl. Zahnprophylaxe (GOZ-Ziffern 1, 0010, 1000-1020, 2x 1030, 4050) und PZR ab Alter 19 (GOZ-Ziffern 1, 0010, 1040) sind BRE- unschädlich, sofern die im Anhang genannten Voraussetzungen erfüllt werden.	Nein.	Nein.
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	✔ BW2 50-UA: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant BNVisBUA, VisB 50T-UA: Ja. Im Tarif genannte Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich.	B20 (A), B30 (A): Nein. WL20 (A), WL30 (A): stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja.	✔ Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich, sofern die entsprechenden Rechnungen der Ärzte und die Rezepte für den Impfstoff zusammen mit dem Vorblatt für Vorsorgeuntersuchungen eingereicht werden.	Nein.	KB 50, KBE: Nein.
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	BW2 50-UA, BNVisBUA, VisB 50T-UA: Nein.	B20 (A), WL20 (A), WL30 (A), B30 (A): Nein.	Nein.	Nein.	Nein.	KB 50, KBE: Nein.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigen Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	✔ BW2 50-UA, BNVisBUA, VisB 50T-UA: Ja.	✔ B20 (A), BG (A), WL20 (A), WL30 (A), B30 (A): Ja.	✔ Ja.	✔ Ja.	✔ Ja.	✔ KB 50, KBE: Ja.
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	BW2 50-UA, BNVisBUA, VisB 50T-UA: Nein.	B20 (A), BG (A), WL20 (A), WL30 (A), B30 (A): Nein.	Nein.	Nein.	Nein.	KB 50, KBE: Nein.
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔  Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.	✔ B20 (A), B30 (A): Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz.	✖ Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu 2 Monaten) im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz längstens bis zur Transportfähigkeit der versicherten Person. Dauert der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland über 2 Monate an, kann der Versicherungsnehmer die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung vereinbaren. Es kann dann ein angemessener Beitragszuschlag verlangt oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes befristet werden.	✔ Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.	✔ Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.	✔  Der Versicherungsschutz ist zeitlich nicht begrenzt. Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer nur zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Hinweis: Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✔ Die Mehrkosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen.	✖ B20 (A), B30 (A): Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✖ Der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✖ Der medizinisch notwendige Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✖ Der medizinisch notwendige Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✖ Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.	⚠ B20 (A), B30 (A): Bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas wird im tariffichen Umfang geleistet. Hinweis: B20 (A), B30 (A): Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben; er erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes besteht Versicherungsschutz nach den im Aufenthaltsland üblichen Kostenrahmen. Für Leistungen, die tarifgemäß nur in Deutschland erstattet werden, erfolgt eine Erstattung im Ausland begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland erstattet worden wären, sofern die Behandlung im Ausland nach deutschem Recht zulässig ist.	✔ Ja, verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb EU/EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb der EU/des EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Bei Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat Europas (hierzu werden auch die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands gezählt) kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tariffiche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPRV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß der Tarifbedingung vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlängerung möglich.	⚠ B20 (A), B30 (A): Bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas wird im tariffichen Umfang geleistet. Hinweis: B20 (A), B30 (A): Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben; er erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes besteht Versicherungsschutz nach den im Aufenthaltsland üblichen Kostenrahmen. Für Leistungen, die tarifgemäß nur in Deutschland erstattet werden, erfolgt eine Erstattung im Ausland begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland erstattet worden wären, sofern die Behandlung im Ausland nach deutschem Recht zulässig ist.	✔ Ja, verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb EU/EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb der EU/des EWR, begrenzt der Versicherer seine Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).	✔ Bei Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat Europas (hierzu werden auch die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands gezählt) kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tariffiche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPRV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß der Tarifbedingung vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	✔ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts bzw. solange eine besondere Vereinbarung getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung. Der Versicherte kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	B20 (A), B30 (A): Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Der Versicherer erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden.	Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung ist die Umwandlung in eine Anwartschaft möglich.	✔ Der Versicherer verpflichtet sich, eine Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb EU/EWR beantragt wird. Diese anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Bei nur vorübergehender Verlegung besteht das Recht auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung.	✔ Der Versicherer verpflichtet sich, eine Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU/des EWR beantragt wird. Diese anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Bei nur vorübergehender Verlegung (bis zu einer Dauer von 12 Monaten) besteht das Recht auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung.	Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in Anwartschaft verlangt werden.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Optionsrecht auf Höherversicherung						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✘ B20 (A), B30 (A): Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten. Hinweis: B20 (A), B30 (A): Nach Wegfall der Besonderen Bedingungen A kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zu dem Termin, ab dem die Versicherung ohne die Besonderen Bedingungen A geführt wird, die Absicherung der stationären Wahlleistungen nach Tarif WL beantragen - ohne erneute Gesundheitsprüfung/Wartezeiten.	✘ Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✘ Kein Optionsrecht, solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird.	✘ Kein Optionsrecht, solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird.	✘ Keine Leistung vorhanden.
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	✘ Neben der Möglichkeit, zu bestimmten Anlässen (z.B. erste Verbeamtung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	✔ Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit - Einmalig bei Eheschließung (in diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes (1x pro Kind) - Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	  Es kann sowohl die Umstellung in einen Tarif mit umfassenderen Leistungen als auch der Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungsstarifs und/oder der Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist, verlangt werden. Hinweis: Diese Option gilt nicht für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	  Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	  Das anlassbezogene Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat. Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	 Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	✓ BW2 50-UA: s. stationären Grundtarif bzw. Kompakttarif (Anschlussheilbehandlung/AHB (stationär)) und zusätzlich: Teil III: In Erweiterung von Nr. 27 TB 2012 sind bei AHB auch das gesondert berechenbare 2-Bettzimmer sowie wahlärztliche Leistungen erstattungsfähig." VisB 50T-UA: Nr. 27 TB 2012 (Teil II) - AHB (stat.) Eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung im Anschluss an die stat. Behandlung wird bei nachstehenden Diagnosen/Behandlungen ohne vorherige schriftliche Leistungsusage erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 4 Wochen (in medizinisch begründeten Einzelfällen ggf. auch später) nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt: Herztransplantationen, Bypass-OP; akuter Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheiben-OP, Gelenkersatz-OP, Hirnfarkt und -blutung (Schlaganfall), schwere Schädel-Hirnverletzungen, Nierentransplantation, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen. Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehaträger (hiermit ist nicht der Dienstherr als Beihilfeträger gemeint) nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt.	⚠ B20 (A), B30 (A): Der Versicherer erstattet Aufwendungen für - eine ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB) oder medizinische Rehabilitation - eine medizinisch notwendige stationäre AHB im Umfang der Nummer 1 der Tarifbedingungen (allgemeine Krankenhausleistungen, keine belegärztlichen Leistungen). Die AHB muss unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig sein/innerhalb von 28 Tagen beginnen (aus medizinischen Gründen (z. B. nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) ggf. auch später). Als medizinische Rehabilitation gelten nicht Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, die von den gesetzlichen Rehabilitationsträgern übernommen werden. Hinweis: WL20 (A), WL30 (A): Zu diesem Tarif finden sich keine Regelungen/Leistungen in den dazugehörigen Bedingungen.	✓ Erstattet werden bei: - medizinischer Rehabilitation ohne anderweitigen Anspruch auf Kostenersatzung/ Sachleistung: ärztl. Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie, Kurtaxe (bei Pauschalabrechnung Tagegeld von 50 EUR (zum versicherten Prozentsatz)) - bis zu 35 Tage; erneuter Anspruch 36 Monate nach Beginn der letzten Maßnahme, unabhängig von deren Zielrichtung. Keine Erstattung von Unterkunft- und Verpflegungskosten. - ambulanter (AHB) innerhalb von 28 Tagen (aus medizinischen Gründen ggf. auch später) nach einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer ambulanten OP: ärztliche Behandlung, physikalische Therapie - bis zu 35 Tage. - stationärer AHB (und bei onkologischer AHB im Anschluss an onkologische Akutbehandlung (innerhalb der 3 Folgejahre je eine p. a.)); allgemeine Krankenhausleistungen, Transportkosten, Wahlleistungen oder Ersatz- Krankenhaustagegeld, sofern die Maßnahme in Deutschland innerhalb von 28 Tagen (aus medizinischen Gründen ggf. auch später) nach einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt wird (bei Durchführung in Kooperationsklinik des Versicherers: zusätzliches Krankenhaustagegeld von 10 EUR zum versicherten Prozentsatz). Besteht Anspruch auf Kostenersatzung/Sachleistung (z. B. aus der gesetzlichen Rentenversicherung), ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.	✓ R-EXKL-B 50, R-EXKL-BW 50: § 5 Einschränkung der Leistungspflicht Teil I MB/KK (1) Keine Leistungspflicht besteht d) für Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. (5) Abweichend von § 5 Abs. 1d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung (AHB)) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die AHB innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die Anschlussheilbehandlung der Akutaufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird. Die Anschlussheilbehandlung kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden.	✓ § 5 Einschränkung der Leistungspflicht Teil I MB/KK (1) Keine Leistungspflicht besteht d) für Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. (5) Abweichend von § 5 Abs. 1d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung (AHB)) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die AHB innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die AHB der Akutaufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird. Die AHB kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden.	✓ zu § 4 (5) MB/KK 2009: b) Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 werden Leistungen für dort beschriebene Krankenanstalten auch ohne vorherige Zusage des Versicherers in vertraglichem Umfang erbracht, (...) 3. wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von 2 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde und die aufgrund einer der folgenden Indikationen medizinisch notwendig war: Bypass-Operation am Herzen, akuter Herzinfarkt, Operation am offenen Herzen, Wirbelsäulen-Operation, Schlaganfall, Gelenkersatz mit Knie- oder Hüftgelenksprothesen, Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen oder bösartige Neubildung (AHB nach Operation, Chemotherapie bzw. Strahlentherapie), sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, können die in Tarifbedingung b) Nummer 3 zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Leistungen unter den dort genannten Voraussetzungen auch ambulant oder teilstationär erbracht werden. Zusätzlich werden ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bei einer Polyneuropathie, einer Multiplen Sklerose und Gefäßoperationen tariflich erstattet. Leistungen anderer Kostenträger, die zunächst in Anspruch zu nehmen sind, werden bei allen Rehabilitationsmaßnahmen in Abzug gebracht. Besteht eine medizinische Notwendigkeit für einen Transport, werden die hierdurch entstehenden Aufwendungen für eine ambulante oder teilstationäre Rehabilitation im tariflichen Umfang bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000 EUR anerkannt; bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind diese Aufwendungen auf den Betrag beschränkt, der für die Fahrt in die nächstgelegene geeignete Einrichtung und zurück anfällt.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
	AHB (amb.) Anstelle einer stat. AHB ist eine amb. Reha-Maßnahme (ärztl. Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung) erstattungsfähig, vorausgesetzt, die amb. Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes und es besteht dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehaträger (nicht Dienstherr als Beihilfeträger). Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.		Unter einer medizinischen Rehabilitation sind alle Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit bzw. der Erwerbsfähigkeit, insbesondere ambulante und stationäre Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder Kurort (Sanatorium) in Deutschland zu verstehen. Eine medizinische Rehabilitation liegt dann vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht und mit ärztlicher Betreuung nach einem bestimmten Plan aufgrund gemachter Erfahrungen natürliche und ortsgebundene Mittel angewendet werden, um die Gesundheit zu fördern.			
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	 BW2 50-UA: Werden Leistungen nicht durch den gesetzlichen Rehabilitationsträger (hiermit ist nicht der Dienstherr als Beihilfeträger gemeint) übernommen, obwohl der Kostenübernahmeantrag fristgerecht gestellt wurde, besteht ein Erstattungsanspruch. VisB 50T-UA: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	B20 (A), B30 (A): In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. WL20 (A), WL30 (A): Nein. Der Tarif sieht keine Leistungen bei (Anschluss-)Reha-Maßnahmen vor.	 Bei einer stationären AHB ist der Versicherer für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	 R-EXKL-B 50: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. R-EXKL-BW 50: Die Einschränkung der Leistungspflicht (nach § 5 (1) d)) entfällt. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 BW2 50-UA: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant VisB 50T-UA: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 B20 (A), B30 (A): Ja. Leistung vorhanden, s. o. WL20 (A), WL30 (A): stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 R-EXKL-B 50, R-EXKL-BW 50: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 BW2 50-UA, VisB 50T-UA: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 B20 (A), B30 (A): Ja. Leistung vorhanden, s. o. WL20 (A), WL30 (A): Nein. Keine Leistung vorhanden.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 R-EXKL-B 50, R-EXKL-BW 50: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	 BW2 50-UA: Nein. Stationäre AHB sind nur bei bestimmten Diagnosen/Behandlungen erstattungsfähig. VisB 50T-UA: Nein. stationäre AHB: nur bei bestimmten Diagnosen/Behandlungen ambulante AHB, bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).	 B20 (A), B30 (A): Ja. Keine üblichen Einschränkungen. WL20 (A), WL30 (A): s. o.	 Nein. Bei ambulanter AHB werden nur ärztliche Behandlung und physikalische Therapie erstattet.	 R-EXKL-B 50, R-EXKL-BW 50: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Nein. AHB (in "gemischten Krankenanstalten") sind nur bei bestimmten Diagnosen erstattungsfähig.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	 BW2 50-UA: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant VisB 50T-UA: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 B20 (A), B30 (A): Ja. Leistung vorhanden, s. o. WL20 (A), WL30 (A): stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 R-EXKL-B 50, R-EXKL-BW 50: Nein. Keine Leistung vorhanden.	 Nein. Keine Leistung vorhanden.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	 BW2 50-UA, VisB 50T-UA: Nein. Keine Leistung vorhanden.	 B20 (A), B30 (A): Ja. Leistung vorhanden, s. o. WL20 (A), WL30 (A): Nein. Keine Leistung vorhanden.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 R-EXKL-B 50, R-EXKL-BW 50: Nein. Keine Leistung vorhanden.	 Nein. Keine Leistung vorhanden.	 Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	BW2 50-UA: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert. VisB 50T-UA: Nein. Erstattet werden nur ambulante AHB/ ambulante Reha-Maßnahmen (bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).	 B20 (A), B30 (A): Ja. Keine üblichen Einschränkungen. WL20 (A), WL30 (A): s. o.	Nein. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden nicht erstattet; bei Pauschalabrechnung wird nur ein Tagegeld gezahlt.	R-EXKL-B 50, R-EXKL-BW 50: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Es werden nur ambulante Reha-Maßnahmen - bei bestimmten Diagnosen - erstattet.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/ mind. 3 Maßnahmen?	Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entwöhnungs- bzw. Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80% des versicherten Prozentsatzes, sofern - der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um um keine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht - hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist Bei der Erstattung von stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zugrunde gelegt (abzgl. Selbstbeteiligung).	✔ B20 (A), B30 (A): Erstattet werden insgesamt bis zu drei ambulante/stationäre Entwöhnungs- bzw. Entzugsbehandlungen. Darüber hinaus werden nur dann Leistungen erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Ambulante Maßnahmen müssen in dafür geeigneten Einrichtungen, die über eine Rehabilitationskonzeption verfügen, die wissenschaftlich begründet ist und unter anderem Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält, erfolgen. Bei stationären Maßnahmen werden max. die Allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.	⚠ Es werden während des gesamten Versicherungsverlaufs insgesamt max. 3 stationäre/ambulante medizinisch notwendige Entziehungsmaßnahmen für stoffliche (z. B. Alkohol oder Drogen; keine Nikotinsucht) und nichtstoffliche Süchte (z. B. Spielsucht) tarifgemäß erstattet, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, die Maßnahmen in einer Kooperationsklinik durchgeführt werden und eine vorherige Leistungszusage erteilt wurde. Findet die Behandlung in einer anderen als der Kooperationsklinik statt, werden die Kosten übernommen, die in der Kooperationsklinik angefallen wären. Hinweis: Bei ambulanter Behandlung erfolgt die Kostenerstattung bis max. 70% der tariflichen Leistung, die bei stationärer Behandlung in einer Kooperationsklinik angefallen wären.	Bei der ersten Entziehungsmaßnahme (ausgenommen Nikotinsucht), für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, wird ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.	Bei der ersten Entziehungsmaßnahme (ausgenommen Nikotinsucht), für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, wird ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.	Ambulant: Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% des tariflichen Leistungsanspruchs für ärztliche, psychotherapeutische und medikamentöse Kosten von zwei, max. jeweils 6 Monate dauernden, Entwöhnungsbehandlungen bei stoffgebundener Abhängigkeit (keine Nikotinsucht), soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet. Stationär: Erstattet werden nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% der allgemeinen Krankenhausleistungen für eine max. 6- wöchige Entwöhnungsbehandlung bei stoffsgebundener Abhängigkeit (keine Nikotinsucht) in einem entsprechend qualifizierten Krankenhaus, das von der GKV dafür zugelassen ist, im tariflichen Umfang, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht und bisher noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgt ist (auch nicht durch Finanzierung eines anderen Kostenträgers).

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	✔ Künstliche Befruchtung ist analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht. Ein Leistungsanspruch besteht für: - bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder - bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder - bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF). Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Anspruch auf Leistungen, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.	✔ B20 (A), B30 (A): Erstattet werden Aufwendungen für Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion unter folgenden Voraussetzungen: - Vorliegen einer organisch bedingten krankheitswertigen Sterilität der versicherten Person und - die nach gynäkologischer Feststellung bestehende hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft und - die Vorlage eines Therapie- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn.	✔ Erstattet werden Aufwendungen einer Kinderwunschbehandlung/künstlichen Befruchtung (nach deutschem Recht), sofern - die Behandlung bei verheirateten/in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren (auch eingetragene Lebenspartnerschaft) erfolgt, - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht, - die Frau zum Zeitpunkt der Behandlung das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF. Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Leistungsanspruch, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.	✔ Medizinisch notwendige künstliche Befruchtung (max. 3 Versuche) wird erstattet, sofern: - zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist, - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.	✔ Medizinisch notwendige künstliche Befruchtung (max. 3 Versuche) wird erstattet, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist, - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.	✔ In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	Keine Leistung vorhanden.	B20 (A), B30 (A): Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	✔  Zur Abgeltung anderweiter Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe) wird eine einmalige Pauschale von 250 EUR pro ambulanter Entbindung gezahlt. Hinweis: Pauschale bei ambulanter Entbindung	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 HUK-COBURG BAR 50 BE2A PVB	 SIGNAL IDUNA R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 SIGNAL IDUNA R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 HanseMerkur KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), sofern diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgeführt sind (oder nur deshalb nicht im Verzeichnis stehen, weil ihre Risikoklasse diejenigen nach § 33a SGB V übersteigt) und von Ärzten, Zahnärzten, (ärztlichen) Psychotherapeuten oder Heilpraktikern verordnet werden: - bis zu den zwischen dem Anbieter der DiGA und dem PKV-Verband vereinbarten Vergütungsbeträgen (über Dritte bezogene – höhere – Aufwendungen; Begrenzung auf 30% der zuvor genannten Vergütung) - anderenfalls: bis zur Höhe, wie sie der Anbieter als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen kann - in allen anderen Fällen: bis zum tatsächlichen Vergütungsbetrag. Der Versicherer ist berechtigt, die DiGA selbst zur Verfügung zu stellen; der Versicherte ist nicht verpflichtet, die DiGA über ihn zu beziehen. * zertifizierte Medizinprodukte, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten und Schwangerschaft oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. DiGA werden denjenigen Leistungen (ambulant und Zahn) zugerechnet, für die sie verordnet wurden. Umfang/Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen. Keine Erstattungspflicht für Aufwendungen, die durch den Gebrauch von DiGA entstehen (z. B. Anschaffungskosten für Smartphone/PC, Stromkosten, Batterien).	✔ Erstattet werden im Versicherungsfall Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), vorausgesetzt, die DiGA(,) - sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen worden - die nicht im o. g. Verzeichnis gelistet sind, werden vom Versicherer in einer eigenen Liste als erstattungsfähig geführt - wurden von einem Arzt oder Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz verordnet. - Erstattung bis zu den Kosten für die Standardversion, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht erweiterte Version notwendig (muss schriftlich/elektronisch begründet sein), und je Verordnung für max. 12 Monate (danach erneute Verordnung erforderlich) - Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software - Versicherer ist berechtigt, die DiGA anstelle des Aufwendungsersatzes auch selbst zur Verfügung zu stellen - nicht erstattungsfähig: Kosten, die für die Nutzung der DiGA eingesetzt werden (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien) * Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen Hinweis: DiGA für den ambulanten Bereich!	✔ Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)*, die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte enthalten sind und - von einem in den Bedingungen genannten Behandlenden oder einem Psychotherapeuten indikationsbezogen verordnet wurden (Erstverordnung ist vorzulegen; für Folgeverordnungen gleicher DiGA wird nur nach vorheriger Zusage in Textform geleistet) oder - der Versicherer vor Beginn der Anwendung eine Zusage in Textform erteilt hat, bis zu den im o. g. Verzeichnis aufgeführten Preisen. Das Vorliegen der medizinischen Indikation, für die die DiGA bestimmt ist, ist immer nachzuweisen. * = Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensation von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Nicht erstattungsfähig: Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom und Batterien).	✔ Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)*, die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte enthalten sind und - von einem in den Bedingungen genannten Behandlenden oder einem Psychotherapeuten indikationsbezogen verordnet wurden (Erstverordnung ist vorzulegen; für Folgeverordnungen gleicher DiGA wird nur nach vorheriger Zusage in Textform geleistet) oder - der Versicherer vor Beginn der Anwendung eine Zusage in Textform erteilt hat, bis zu den im o. g. Verzeichnis aufgeführten Preisen. Das Vorliegen der medizinischen Indikation, für die die DiGA bestimmt ist, ist immer nachzuweisen. * = Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensation von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Nicht erstattungsfähig: Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom und Batterien).	✔ Ersetzt werden digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), wenn - sie im Verzeichnis nach § 139e SGB V enthalten sind und ärztlich verordnet wurden oder - vorab zugesagt wurden oder - vom Versicherer selbst zur Verfügung gestellt werden; bis zur Höhe, die zwischen Anbieter und PKV-Verband (bzw. GKV) oder - vorrangig - zwischen Anbieter und Versicherer vereinbart wurde (anderweitige - vom Versicherer zugesagte - DiGA gem. Rechnungsstellung). * müssen als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung klassifiziert sein und ihre Hauptfunktion muss wesentlich auf digitalen Technologien beruhen; sie müssen dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder im Rahmen ihrer Versorgung durch Leistungserbringer die Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten oder Verletzungen zu unterstützen. DiGA müssen von den in den Tarifbedingungen genannten Behandlenden verordnet werden. Der Versicherer behält sich vor, die Kostenersatzung auf eine medizinisch sinnvolle Nutzungszeit zu begrenzen. nicht erstattungsfähig: Kosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA entstehen, wie Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien. Hinweis: DiGA für den ambulanten Bereich!	
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neubeschluss?	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.	✔ B20 (A), B30 (A): Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindernachversicherung das Neugeborene wie geboren.	B20 (A), B30 (A): Nein, in den Bedingungen ist nicht geregelt, dass für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien besteht.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.	✔ B20 (A), B30 (A): Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist vertraglich geregelt.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	✔ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).	✔ B20 (A), B30 (A): Der Versicherer leistet auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind, nicht jedoch für Wehrdienstbeschädigungen.	✔ Leistungspflicht besteht auch für durch Kriegsereignisse (hierzu zählen keine terroristischen Anschläge) verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen von Unfällen und für Todesfälle, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen (auch im Rahmen eines Freiwilligendienstes) und deren Folgen, die erstmalig nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird geleistet (unter Anrechnung der gesetzlichen Leistungen (z. B. Unfallversicherung, Rentenversicherung)).	✔ Leistungspflicht besteht für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist (und generell für durch Terroranschläge verursachte Krankheiten etc.). Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet (unter Anrechnung der gesetzlichen Leistungen, z. B. aus Unfallversicherung, Rentenversicherung).	✔ Leistungspflicht besteht für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist (und generell für terroristische Anschläge und deren Folgen). Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet (unter Anrechnung der gesetzlichen Leistungen, z. B. aus Unfallversicherung, Rentenversicherung).	✔ Ja, Leistungspflicht besteht auch für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist. Für anerkannte, nach Versicherungsbeginn eingetretene Wehrdienstbeschädigungen und deren Folgen besteht Anspruch auf die tariflichen Leistungen für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld bleiben von der Vorleistung durch die gesetzliche Heilfürsorge unberührt.
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ B20 (A), B30 (A): Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Versicherungsjahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Sonstiges	  Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungserbringern, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten. Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz. Hinweis: Raucherzuschlag: 17% des Tarifbeitrages. Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200 EUR übersteigen. Erreichen die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.	Keine Leistung vorhanden.		 Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.	 Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.	 Die Versicherung im Tarif KB endet spätestens nach einer Versicherungsdauer von 48 Monaten. Zum 01. des Folgemonats wird der Versicherungsschutz in die Tarifkombination A/50, P3B/50 und ZA/50 umgestuft.
Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)						
Beihilfe - Restkosten	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Beihilfeergänzung - allgemeine Tarif-/ Erstattungshinweise des Versicherers	✓ Übernommen werden verbleibende Kosten, wenn die tatsächlichen Beihilfeleistungen geringer sind als der Betrag, der sich aus der Anwendung des persönlichen Beihilfebemessungssatzes auf den beihilfefähigen Erstattungsbetrag ergibt. Der Tarif ergänzt weiterhin den Leistungsumfang der Hauptversicherung (= Grundabsicherung: Grundtarif VisB-U + stationäre Wahlleistungstarife BW2-U, BWE-U). Etwaige Beihilfeansprüche sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und dafür notwendige Genehmigungsprozesse der Beihilfe einzuhalten. Es gelten die in der Grundabsicherung genannten Leistungsvoraussetzungen, der dort beschriebene Leistungsumfang, mögliche Höchstgrenzen und evtl. Leistungsausschlüsse. Der Versicherer ersetzt verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen nach Anrechnung evtl. Ansprüche aus der jeweils zum Behandlungszeitpunkt geltenden Beihilferegelung und von Versicherungsleistungen aus der Grundabsicherung. Einige Leistungen setzen keine Erstattungsfähigkeit in der Grundabsicherung voraus (s. nachfolgende Leistungspunkte).	✓ Erstattet werden unter Anrechnung von Ansprüchen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und von Leistungen des Versicherers verbleibende Aufwendungen (s. nachfolgende Leistungspunkte).	✓ Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Anrechnung von Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und nach Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte ("Grundabsicherung") ersetzt. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit der Erstattung der Beihilfe und den Leistungen der Grundabsicherung 100% der Aufwendungen nicht überschreiten; andernfalls mindert sich der Anspruch auf die tarifliche Leistung aus diesem Tarif entsprechend.	✓ R-EXKL-BES 50: Erstattungsprozentsatz der Tarifstufe muss mit Beihilfebemessungssatz für stationäre Heilbehandlung übereinstimmen; Erstattungsprozentsatz des Grundtarifes ("Grundabsicherung") für stationäre Heilbehandlung darf zusammen mit Erstattungsprozentsatz dieser Tarifstufe nicht mehr als „100“ betragen. Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung analog R-EXKLUSIV-B-E(1). Für Tarifstufe R-EXKLUSIV-BE-S 50 gilt ein Erstattungsprozentsatz von 50. R-EXKL-BE1 50: Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife ("Grundabsicherung") für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als „100“ betragen. Die Höhe der tariflichen Leistung (für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung) wird aus den in den Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht. Für Tarifstufe R-EXKLUSIV-B-E1 50 gilt ein Erstattungsprozentsatz von 50. Leistungen für Heilbehandlungen bei Auslandsreisen werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100% erbracht.	✓ Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife ("Grundabsicherung") für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als „100“ betragen. Die Höhe der tariflichen Leistung (für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung) wird aus den in den Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht. Für Tarifstufe R-KOMFORT-B-E1 50 gilt ein Erstattungsprozentsatz von 50. Leistungen für Heilbehandlungen bei Auslandsreisen werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100% erbracht.	✓ Voraussetzung für eine Leistung nach diesem Tarif ist, dass die Leistungen der Beihilfe und des Tarifs KB ("Grundabsicherung") in Anspruch genommen werden; der Beihilfebescheid ist vorzulegen. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der Grundabsicherung und der Beihilfe die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschreiten.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Bietet der Beihilfergänzungsstarif Versicherungsschutz für akut auftretende Fälle während einer Auslandsreise? (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	✔ Der Versicherungsschutz bei Reisen ins Ausland gilt jeweils für die ersten 56 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen (gilt auch, wenn bei Stationierung der versicherten Person im Ausland von dort aus eine Urlaubsreise angetreten wird). Erstattet werden im Ausland entstandene, verbliebene Aufwendungen für unvorhersehbar eintretende Versicherungsfälle für: - ärztliche Behandlung einschl. Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert - Arznei- und Verbandmittel - Heilmittel (ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms) - erstmals erforderliche Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung - Röntgen-, Strahlenbehandlung und Diagnostik - Krankenhausbehandlung - Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus - schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (kein Zahnersatz, keine Inlays/Onlays, keine KFO). Diese Leistungen setzen keine Erstattungsfähigkeit im Grundtarif voraus. Leistungsausschlüsse sind den Bedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattet werden ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland.	✔ Versicherungsschutz besteht weltweit (bis zu 2 Monaten) für Versicherungsfälle, die während der versicherten Reise im Ausland eintreten.	✔ R-EXKL-BES 50: Keine Leistungen. R-EXKL-BE1 50: Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu 8 Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100%.	✔ Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu 8 Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100%.	✔ Erstattet werden - zu 100% - Heilbehandlungen während maximal 6-wöchiger Reisen.
Sieht der Beihilfergänzungsstarif Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport / Überführung im Todesfall vor?	✔ Erstattet werden - Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport; unter Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen - Kosten für die Überführung an den letzten Wohnsitz oder die Bestattung am Aufenthaltsort im Ausland bis max. 10.000 EUR. Diese Leistungen setzen keine Erstattungsfähigkeit im Grundtarif voraus.	✔ Erstattet werden: - medizinisch notwendige (= ärztlich angeordnete) Rücktransporte - Überführungskosten oder Kosten für die Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären (bei Geltendmachung ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen).	✔ Erstattet werden 100% - für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport, sofern der Versicherer die Organisation übernimmt - der Überführungskosten oder Bestattungskosten im Ausland, bis 10.000 EUR.	✔ R-EXKL-BES 50: Keine Leistungen. R-EXKL-BE1 50: Erstattungsfähig zu 100% sind: - medizinisch sinnvolle und vertretbare Krankenrücktransporte - Überführungskosten oder Kosten für die Bestattung am Sterbeort, bis zu 11.000 EUR (entsprechende Kostenbelege und amtliche Sterbeurkunde müssen vorgelegt werden).	✔ Erstattungsfähig zu 100% sind: - medizinisch sinnvolle und vertretbare Krankenrücktransporte - Überführungskosten oder Kosten für die Bestattung am Sterbeort, bis zu 11.000 EUR (entsprechende Kostenbelege und amtliche Sterbeurkunde müssen vorgelegt werden).	✔ Erstattet werden 100% der - Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport - Überführungskosten bzw. - Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Erstattet der Beihilfergünstungstarif Heilpraktikerkosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/des GebÜH?	✔ Behandlungen durch Heilpraktiker werden erstattet.	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.	✔ R-EXKL-BES 50: Keine Leistungen. R-EXKL-BE1 50: Behandlungen durch Heilpraktiker sind erstattungsfähig. Berücksichtigungsfähig sind die Kosten im Rahmen des GebÜH für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100% bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR p. a. Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.	✔ Behandlungen durch Heilpraktiker sind erstattungsfähig. Berücksichtigungsfähig sind die Kosten im Rahmen des GebÜH für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100% bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR p. a. Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.	✔ Aufwendungen des Heilpraktikers im Rahmen des GebÜH sowie die von ihm verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel werden zu 100% erstattet. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht im GebÜH aufgeführt sind, sind im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses erstattungsfähig - bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. § 4 (6) MB/KK 2009 (Beschränkung auf Methoden/Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind bzw. die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) findet keine Anwendung.
Sind nicht beihilfefähige Hilfsmittel u./o. Hilfsmittel ohne Begrenzung auf beihilfefähige Höhe aus dem Beihilfergünstungstarif erstattungsfähig?	✔ Hilfsmittel werden erstattet.	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.	✔ R-EXKL-BES 50: Keine Leistungen. R-EXKL-BE1 50: Hilfsmittel sind zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattungsfähig, sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (Bezugsart/ Zusageerfordernis analog Grundabsicherung).	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Sind Kosten für Sehhilfen aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig?	✔️ Hilfsmittel werden erstattet.	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.	✔️ R-EXKL-BES 50: Keine Leistungen. R-EXKL-BE1 50: Sehhilfen (Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen) sind erstattungsfähig. Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 300 EUR zu berücksichtigen (600 EUR ab einer Sechstärke von 8,0 Dioptrien), 1x innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderung der Sechstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge. Wurde eine brechkraftverändernde Augenoperation (LASIK/ LASEK) durchgeführt und der Zuschuss für die Operation aus dem Tarif R-EXKLUSIV-B in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den 5 darauf folgenden Kalenderjahren auch aus diesem Tarif kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.	✔️ Sehhilfen (Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen) sind erstattungsfähig. Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen (300 EUR ab einer Sechstärke von 8,0 Dioptrien), 1x innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderung der Sechstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.	Keine Leistungen.
Sind Kosten für Schutzimpfungen aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig?	✔️ Erstattet werden - Schutzimpfungen - Reiseimpfungen im Rahmen beruflicher und privater Auslandsreisen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts.	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.	✔️ R-EXKL-BES 50: Keine Leistungen. R-EXKL-BE1 50: Vorbeugende Schutzimpfungen im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland sind inkl. Impfstoff erstattungsfähig. Berücksichtigungsfähig sind die entstandenen Aufwendungen zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	✔️ Vorbeugende Schutzimpfungen im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland sind inkl. Impfstoff erstattungsfähig. Berücksichtigungsfähig sind die entstandenen Aufwendungen zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	✔️ Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor privaten Auslandsreisen werden zu 100% bis 105 EUR pro Versicherungsjahr erstattet. Hierzu gehören Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis sowie Immunglobuline, die vor Auslandsreisen zur Prophylaxe gegen Infektionen verordnet werden.
Sind Kosten für ambulante Kuren aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig? (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	✔️ Tatsächlich durchgeführte ambulante Kuren werden bis 2.000 EUR analog des versicherten ambulanten Prozentsatzes des Grundtarifes erstattet; Erstattungsfähigkeit im Grundtarif ist keine Leistungsvoraussetzung. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn insbesondere die Genehmigung der geplanten Maßnahme durch die Beihilfe nachgewiesen wird. Eine Erstattung ist nicht möglich für Maßnahmen, für die bereits ein Erstattungsanspruch aus dem Grundtarif besteht (beispielsweise bei Anschlussheilbehandlung).	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.	✔️ R-EXKL-BES 50: Keine Leistungen. R-EXKL-BE1 50: Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kurort sowie in Sanatorien oder in "gemischten Krankenanstalten", die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen, wird ein Kurtagegeld von 10 EUR gezahlt, sofern und solange Beihilfeleistung für Unterakunfts- und Verpflegungskosten gewährt werden.	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Sind Differenzkosten für das 1-Bettzimmer aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig?	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: über BWE-U versicherbar	Keine Leistungen.	 Erstattet werden die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für die Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen für das 1- und 2-Bettzimmer zu 100%.	 Erstattet werden zu 50% die Kosten im Sinne der BPrIV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer abzüglich der Vorleistung der Beihilfe. Hinweis: über R-EXKL-BES xx oder R-EXKL-BW 100 versicherbar	Keine Leistungen.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Tarif erstattet Wahlleistungen (unter Anrechnung evtl. Beihilfeleistungen) - zu 100%, s. VV-Leistungsfragen "Stationär".
Sind Kosten für die Überschreitung des GOÄ-Höchstsatzes bei stationären Behandlungen aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig?	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: im BW2 xx-U mitversichert	 Keine Leistungen.	 Keine Leistungen.	 R-EXKL-BES 50: Erstattet werden zu 50% die Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistungen gem. § 18 KHEntgG nach der GOÄ (gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern) abzüglich der Vorleistung der Beihilfe. Soweit Beihilfevorschriften eine Selbstbeteiligung vorsehen, gehört diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen. R-EXKL-BE1 50: über R-EXKL-BES xx oder R-EXKL-BW 100 versicherbar	 Keine Leistungen.	 Keine Leistungen.
Sind Kosten für stationäre Kuren aus dem Beihilfeergänzungstarif erstattungsfähig? (VR bietet ggf. gesonderten Tarif an)	 Tatsächlich durchgeführte stationäre Kuren werden bis 4.000 EUR analog des versicherten stationären Prozentsatzes des Grundtarifes erstattet; Erstattungsfähigkeit im Grundtarif ist keine Leistungsvoraussetzung. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn insbesondere die Genehmigung der geplanten Maßnahme durch die Beihilfe nachgewiesen wird. Eine Erstattung ist nicht möglich für Maßnahmen, für die bereits ein Erstattungsanspruch aus dem Grundtarif besteht (beispielsweise bei Anschlussheilbehandlung).	Keine Leistungen.	 Zahlung eines Kurtagegeldes von 15 EUR für medizinisch notwendigen und ärztlich verordnete Kur- und Sanatoriumsaufenthalte innerhalb Deutschlands - für längstens 35 Tage; erneuter Leistungsanspruch nach Ablauf von 36 Monaten.	 R-EXKL-BES 50: Keine Leistungen. R-EXKL-BE1 50: Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kurort sowie in Sanatorien oder in "gemischten Krankenanstalten", die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen, wird ein Kurtagegeld von 10 EUR gezahlt, sofern und solange Beihilfeleistungen für Unterkunft- und Verpflegungskosten gewährt werden.	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Sind Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung aus dem Beihilfegänzungsstarif erstattungsfähig?	✓ Erstattet werden zahnärztliche Honorare und Material- und Laborkosten für - Zahnbehandlungen und Zahnprophylaxe - Zahnersatz - Implantate* sowie - Material- und Laborkosten für Kieferorthopädie * bis zu 4 Implantate pro Kiefer, soweit noch keine Implantatversorgung besteht; bereits vorhandene Implantate werden hierbei angerechnet. Begrenzung entfällt bei den Diagnosen, die in der jeweils aktuellen Bundesbeihilfeverordnung genannt werden Die Erstattungsfähigkeit von Material- und Laborkosten richtet sich nach den in der Sachkostenliste II genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen.	⚠ Erstattet werden besonders berechenbare zahntechnische Laborleistungen und Praxiskosten (auch für Implantate einschl. Implantateile, Knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial). Die gewährte Beihilfeleistung ist anhand des Beihilfebescheides nachzuweisen, aus dem auch die grundsätzliche Höhe der Beihilfefähigkeit für besonders berechenbare zahntechnische Laborleistungen und Praxiskosten hervorgehen muss. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die der GOÄ und der GOZ entsprechen. Sofern ein Beitragszuschlag aufgrund Verlegung des Wohnsitzes in ein Land mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten vereinbart wurde, wird unabhängig vom Leistungsrahmen der GOÄ und der GOZ geleistet. Hinweis: Für das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif und für die beiden folgenden Kalenderjahre (KJ) zusammen werden bis 2.250 EUR erstattet (Begrenzung entfällt für unfallbedingte Aufwendungen); bei unmittelbarem Übertritt aus einem Tarif des Versicherers mit Zahnleistungen wird die Versicherungszeit angerechnet. Ab dem 4. KJ werden max. 6.150 EUR je KJ erstattet.	⚠ Erstattet werden bei Zahnersatz (prothetische, implantologische, augmentative Leistungen, Versorgung mit Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen) und Inlays sowie Verblendungen bis Zahn 5 die verbleibenden Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Material- und Laborkosten zu 100%; es wird das Preis-/Leistungsverzeichnis des Versicherers für zahntechnische Leistungen zugrunde gelegt. Hinweis: Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 500 EUR im 1. Versicherungsjahr (VJ) - 1.000 EUR in den ersten VJ - 1.500 EUR in den ersten 3 VJ - 4.500 EUR ab dem 4. VJ je VJ.	✓ R-EXKL-BES 50: Keine Leistungen. R-EXKL-BE1 50: Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für - Zahnbehandlung (einschl. Röntgenaufnahme sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe - Zahnersatz einschl. Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen und für Keramikverblendungen. Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz wird als max. berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht (teilt der Versicherer auf Anfrage mit), zugrunde gelegt. Berücksichtigungsfähig sind im 1. und 2. Kalenderjahr 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages (jährliche zahnärztliche Kontrolluntersuchung erforderlich zur Beibehaltung des Erstattungssatzes (analog Grundabsicherung)).	⚠ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Labor- und Materialkosten bis zur mittleren Preislage bei der Versorgung mit Zahnersatz, Einzelkronen und Einlagefüllungen. Berücksichtigungsfähig sind im 1. und 2. Kalenderjahr 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages (jährliche zahnärztliche Kontrolluntersuchung erforderlich zur Beibehaltung des Erstattungssatzes (analog Grundabsicherung)). Hinweis: Es gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge: - 750 EUR im 1. Versicherungsjahr (VJ) - 1.500 EUR in ersten beiden VJ - 3.000 EUR in den ersten 3 VJ - 4.500 EUR in den ersten 4 VJ - 5.000 EUR vom 5. bis 9. VJ je VJ. Begrenzung entfällt für Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	⚠ Erstattet werden - zu 100% - Material- und Laborkosten bei einer zahnärztlichen (auch stationär durchgeführten) Behandlung für prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen, Inlays (Einlagefüllungen) und Implantaten, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Hinweis: Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - im 1. bis 3. Versicherungsjahr jeweils 520 EUR - ab dem 4. Versicherungsjahr jeweils 4.100 EUR. Ist der Zahnersatz wegen eines nach Policierung eingetretenen Unfalles erforderlich, entfallen die Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VisB 50T-UA BN VisB-UA BW2 50-UA PVB	 B20 (A) B30 (A) WL20 (A) WL30 (A) BG (A) PVB(A)	 BAR 50 BE2A PVB	 R-EXKLUSIV-B 50 R- EXKLUSIV-B-E1 50 R- EXKLUSIV-B-ES 50 R- EXKLUSIV-B-W 50 PVB	 R-KOMFORT-B+ 50 R- KOMFORT-B-E1 50 PVB	 KB/50 KBE PVB
Monatsbeitrag:	83,90 €	87,36 €	92,53 €	95,02 €	100,54 €	70,97 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	73 %	75 %	65 %	72 %	64 %	69 %
Beihilfeergänzung - Sonstiges	✔ weitere Leistungen: - Vorsorgeuntersuchungen - operative Sehschärfenkorrektur - Sozialpädiatrie / Frühförderung - Transporte zum/vom Krankenhaus bei Unfall/Notfall, wenn Beihilfe erhöhten stationären Bemessungssatz vorsieht, dieser aber bei Transporten zur stationären Behandlung nicht zur Anwendung kommt - DiGA im Rahmen ambulanter und zahnärztlicher Behandlung - Rooming-in (Erstattung aus dem Ergänzungstarif des Kindes, bis Alter 13) - 2 zertifizierte Präventionskurse (200 EUR p. a., bei unterjährigem Beginn anteilig); Erstattungsfähigkeit im Grundtarif ist keine Leistungsvoraussetzung. Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen. Abschluss im Rahmen der Umwandlungsoptionsrechte des Tarife VisB-U möglich (es darf während gesamter Vertragsdauer kein anderer Beihilfeergänzungstarif bestanden haben).	✔ Soweit Beihilfevorschriften Selbstbeteiligungen (z. B. als Eigenbehalte, Kostendämpfungspauschale bezeichnet) vorsehen, gehören diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen. Keine Wartezeiten.	✔ Aus diesem Tarif werden die zuvor genannten Leistungen erstattet. Weitere in den Beihilfevorschriften vorgesehene Kürzungen z. B. Kostendämpfungspauschalen, Selbstbehalte usw. zählen nicht zu den tariflichen Leistungen. Zahlung eines Krankenhaustagegeldes von 15 EUR (bei psychotherapeutischen Behandlungen für max. 30 Behandlungstage p. a.); keine Zahlung für Entziehungsmaßnahmen.	✔ R-EXKL-BES 50: Zahlung eines Krankenhaustagegeldes von 10 EUR bei stationärer Krankenhausbehandlung/Entbindung. R-EXKL-BE1 50, R-EXKL-BES 50: Keine Wartezeiten.	✔ Keine Wartezeiten.	✔ Erstattungsfähig zu 100% sind auch ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heil- und Arzneimittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses für Therapierichtungen der Biologischen Medizin (bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen); § 4 (6) MB/KK 2009 findet keine Anwendung. Keine Wartezeiten.