

Vorschlag für eine private Krankenvollversicherung  
für Martina Musterfrau

Erstellt am 10.03.2011



## Daten zur Person

Geschlecht:	weiblich	Geburtsdatum:	01.01.1986
Status:	Versicherungsnehmer	Berufsgruppe:	Beamte/r
Beihilfesatz:	50 %	Beihilfeträger:	Bund

## Tarifvorgaben

Versicherungsbeginn:	01.04.2011	Tarifgebiet:	West
Tarifarten:	Ambulant Stationär Zahn Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 €		

## Tarifvorschlag

Wir möchten Ihnen folgende Tarife vorschlagen:

Versicherer:	Tarife:	Beitrag:
Debeka Krankenversicherungsverein a.G.	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	211,90 €
HUK-Coburg Krankenversicherung AG	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	187,05 €
ARAG Krankenversicherungs-AG	217 247 527 277 PVB 11	240,49 €

Die einzelnen Tarife werden auf den folgenden Seiten ausführlich beschrieben und verglichen.

## Gewünschte Leistungspunkte

Folgende Leistungspunkte wurden bei der Analyse berücksichtigt:

Leistungspunkte Ambulant			
Sehhilfen	Ja.	Psychotherapie	Ja.
Krankentransporte ambulant	Ja.	Verzicht auf Kurortklausel	Ja.
GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	Ja.	Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)	Ja.
Heilpraktiker	Ja.	Körperersatzstücke	Ja.
Prothesen	Ja.	Orthesen	Ja.
Kunstaugen	Ja.	Atemmonitor (Heimgerät)	Ja.
Herzmonitor (Heimgerät)	Ja.	Beatmungsgeräte (Heimgerät)	Ja.
Heimdialysegerät	Ja.	Krankenfahstühle ohne Summenbegrenzung	Ja.
Hör-/Sprechgeräte	Ja.	orthopädische Schuhe	Ja.
Blindenhund o. Blindenleitgerät	Ja.	Blindenlese-/Vorlesegerät	Ja.
Sehhilfen Erstattung mind. alle 24 Monate	Ja.	offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	Ja.
Hilfsmittel - mind. normale Ausführung	Ja.	Hilfsmittel - Reparatur	Ja.
Hilfsmittel - keine Beschränkungen d. Bezugsart	Ja.	Heilmittel - keine pauschalen Beschränkungen	Ja.
Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis	Ja.	Logopädie durch Logopäden	Ja.
Ergotherapie durch Ergotherapeuten	Ja.	Arznei-/Verbandmittel ohne zusätzliche SB	Ja.
Vorsorge auch über gesetzliche Programme	Ja.	Schutzimpfungen	Ja.
Psychotherapie auch ohne vorherige Zusage des VR	Ja.	Psychotherapie ohne besondere Einschränkungen/SB`s	Ja.

Leistungspunkte Stationär			
2-Bett-Zimmer	Ja.	Wahlärztliche Behandlung (freie Arztwahl)	Ja.
Krankentransporte bis nächstes geeignetes KH ohne km-Grenze inkl. Rettungsflug	Ja.	Ersatzkrankenhaustagegeld	Ja.
Verzicht auf rechtz. Meldung KH-Aufenthalt	Ja.	Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	Ja.
Stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen	Ja.	Entziehungsmaßnahmen versichert	Ja.
GOÄ stationär: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	Ja.		

Leistungspunkte Zahn			
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen	Ja.	Inlays = Zahnbehandlung	Ja.
Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	Ja.	GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	Ja.

Leistungspunkte Allgemein			
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	Ja.		

Leistungspunkte Krankenhaustagegeld			
Keine Leistungspunkte berücksichtigt.			

## Leistungsübersicht

Hier sehen Sie eine Leistungsübersicht unserer vorgeschlagenen Tarife. Die Leistungsstärke der Tarife in den einzelnen Bereiche wird durch die Anzahl der farbigen Balken wiedergespiegelt. Sollten wichtige Hinweise zu den Tarifen vorhanden sein, werden diese mit einem gelben Warnhinweis gekennzeichnet. Bitte lesen Sie dann diese Hinweise in den Tarifdetails nach.

Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	Ambulant	Stationär		Chefarzt	Zahn	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Kieferorthopädie	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90						50 %	50 %	50 %	65 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05						50 %	50 %	50 %	65 %
Arag	217 247 527 277 PVB 11		240,49	0,00		240,49						50 %	50 %	50 %	92 %

Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Niedriger Leistungsumfang

 Umfangreicher Leistungsumfang

 Überdurchschnittlicher Leistungsumfang

 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen

Effektivbeitrag: Der Effektivbeitrag ist der Krankenversicherungsbeitrag (bei Arbeitnehmern abzüglich des Arbeitsgeberzuschusses) plus 1/12 der jährlichen Selbstbeteiligung.

## Leistungsübersicht Ambulant

Im folgenden wird die Leistungsstärke der Tarife im ambulanten Leistungsbereich verglichen.

Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	GOÄ / GOZ	Heilpraktiker	Heil-/Hilfsmittel	Psychotherapie	Vorsorge	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90						65 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05						65 %
Arag	217 247 527 277 PVB 11		240,49	0,00		240,49						92 %

Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Schwache Leistungsstärke

 Durchschnittliche Leistungsstärke

 Überdurchschnittliche Leistungsstärke

 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen

## Leistungsübersicht Tagegelder

Hier sehen Sie eine Leistungsübersicht unserer vorgeschlagenen Tarife in den Leistungsbereichen Tagegelder:

Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	Krankenhaus-tagegeld	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90		65 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05		65 %
Arag	217 247 527 277 PVB 11		240,49	0,00		240,49		92 %

Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Schwache Leistungsstärke

 Durchschnittliche Leistungsstärke

 Überdurchschnittliche Leistungsstärke

 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen

## Tarifdetails

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		Arag 217 247 527 277 PVB 11	
<b>Tarif BE/S2:</b>	11,40 €	<b>Tarif BA501-50:</b>	96,73 €	<b>Tarif 217:</b>	122,68 €
Beihilfeergänzungstarif: Zahntechnische Laborleistungen, Ausland, Hilfsmittel, Sehhilfen, Krankenhaustagegeld, Kurtagegeld. (für versicherte Personen, bei denen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen grundsätzlich zu 40 % beihilfefähig sind) Stand: 01.02.2009		Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50% Der Tarif wird spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird auf den Tarif BA30 umgestellt. Stand: 01.02.2009		Tarif für Beihilfeberechtigte. 50% Erstattung für ambulante Behandlung. Stand: 01.01.2011	
<b>Tarif P20:</b>	52,85 €	<b>Tarif BEZ1plus:</b>	7,91 €	<b>Tarif 247:</b>	45,73 €
Ambulanter u. stationärer Tarif (Regel- u. Wahlleistungen) für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Stand: 01.01.2010		Stand: 01.03.2011		Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. 50% Erstattung der Regel- u. Wahlleistungen (2-Bett- Zimmer, Wahlarzt). Stand: 01.01.2011	
<b>Tarif P30:</b>	95,53 €	<b>Tarif BS501-50:</b>	34,28 €	<b>Tarif 277:</b>	6,12 €
Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010		Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. Regel- u. Wahlleistungen (2- Bettzimmer, Chefarzt). Versicherter Prozentsatz: 50%		Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte. Erstattungssatz 50%.  Erstattung der nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen. Stand: 01.01.2011	
<b>Tarif PVB:</b>	10,24 €	<b>Tarif BZ501-50:</b>	22,03 €	<b>Tarif 527:</b>	31,51 €
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010		Der Tarif wird spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird auf den Tarif BS30 umgestellt. Stand: 01.02.2009		Zahntarif: Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie. Erstattungssatz 50%. Stand: 01.01.2011	
<b>Tarif Z20:</b>	7,91 €	<b>Tarif PVB:</b>	9,50 €	<b>Tarif PVB:</b>	10,25 €
Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Stand: 01.01.2010		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010	
<b>Tarif Z30:</b>	12,55 €	<b>Tarif KHT-B:</b>	2,76 €	<b>Tarif 11:</b>	3,60 €
Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010		Krankenhaustagegeld für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2008		Krankenhaustagegeld Stand: 01.01.2009	
<b>Tarif TK:</b>	3,40 €	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	13,84 €	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b>	20,60 €
Krankenhaustagegeld. Stand: 01.01.2008		Krankenhaustagegeld für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2008			

## Hinweise nicht erfüllter Leistungsvorgaben und wichtige Informationen zu den Tarifen:

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		Arag 217 247 527 277 PVB 11	
<b>Erfüllte Vorgaben:</b>	65%	<b>Erfüllte Vorgaben:</b>	65%	<b>Erfüllte Vorgaben:</b>	92%
<b>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</b> GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz Blindenhund o. Blindenleitgerät Hilfsmittel - Reparatur		<b>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</b> GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz GOÄ stationär: keine Begrenzung auf den Höchstsatz Kunstaugen		<b>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</b> Blindenhund o. Blindenleitgerät Blindenlese-/Vorlesegerät Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...) Entziehungsmaßnahmen versichert	

<b>Debeka</b> <b>P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg</b> <b>BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus</b> <b>PVB KHT-B</b>	<b>Arag</b> <b>217 247 527 277 PVB 11</b>
<p>Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)</p> <p>Verzicht auf rechtz. Meldung KH-Aufenthalt</p> <p>GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien</p> <p>Logopädie durch Logopäden</p> <p>Ergotherapie durch Ergotherapeuten</p> <p>Blindenlese-/Vorlesegerät</p> <p>Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung</p> <p>offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel</p> <p>Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)</p> <p>Vorsorge auch über gesetzliche Programme</p> <p>Schutzimpfungen</p> <p>Entziehungsmaßnahmen versichert</p> <p>Verzicht auf Kurortklausel</p>	<p>Blindenhund o. Blindenleitgerät</p> <p>Körperersatzstücke</p> <p>Atemmonitor (Heimgerät)</p> <p>Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)</p> <p>GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Herzmonitor (Heimgerät)</p> <p>Beatmungsgeräte (Heimgerät)</p> <p>Blindenlese-/Vorlesegerät</p> <p>Heimdialysegerät</p> <p>Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung</p> <p>offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel</p> <p>Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)</p> <p>Prothesen</p> <p>Entziehungsmaßnahmen versichert</p>	
<p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <p>P20:</p> <p>Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</p> <p>Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig.</p> <p>Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</p> <p>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?</p> <p>Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.</p> <p>Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</p> <p>Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p> <p>P30:</p> <p>Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</p> <p>Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig.</p> <p>Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</p> <p>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</p> <p>Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p> <p>Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?</p>	<p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <p>BA501-50:</p> <p>Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?</p> <p>Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</p> <p>BEZ1plus:</p> <p>Sonstiges</p> <p>Selbstbeteiligung für Sehhilfen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten, Heilpraktiker von 60 € im Kalenderjahr in diesem Tarif.</p> <p>BS501-50:</p> <p>Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?</p> <p>Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.</p>	<p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <p>11:</p> <p>max. versicherbarer Tagessatz</p> <p>Maximal versicherbarer Tagessatz: 150,- €</p>

<b>Debeka</b> <b>P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg</b> <b>BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus</b> <b>PVB KHT-B</b>	<b>Arag</b> <b>217 247 527 277 PVB 11</b>
Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet. TK: max. versicherbarer Tagessatz Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €		

## Leistungsvergleich Schnellübersicht:

Allgemeine Leistungspunkte			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Arag 217 247 527 277 PVB 11
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach ambulanten Behandlungen gefragt?	✓		✓
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach psychotherapeutischen Behandlungen gefragt?	✓		
Antrag - wird im Antrag max. 5 Jahre rückwirkend nach stationären Behandlungen gefragt?	✓		✓
Zahn - bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?			0
Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?	0	6	0
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?	unbegrenzt	2	60
Ausland - ist der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?	✓	✓	✓
Ausland - besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)			
Ausland - besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)			
Allgemeines - ist vertraglich geregelt, dass der Vertrag bei Verlegung d. Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland auf jeden Fall fortgeführt werden kann?			✓
Beitragsrückerstattung - beinhaltet der Tarif eine garantierte Beitragsrückerstattung?			
Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?	4	4	1
Allgemeines - sind keine Wartezeiten vorhanden?			
Allgemeines - besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?			
Allgemeines - sieht der Vertrag nach Entbindung Zusatzleistungen vor (z.B. Pauschalleistung, Beitragsfreiheit...)?			
Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?			✓

<b>Allgemeine Leistungspunkte</b>			
	<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
Allgemeines - ist vertraglich garantiert, dass bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?			✓
Allgemeines - erfolgt in den Bedingungen eine Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?		✓	✓

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>			
	<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
Selbstbeteiligung - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung pro Jahr?	0 €	0 €	0 €
Selbstbeteiligung - gilt die Selbstbeteiligung nur für den ambulanten Bereich?	✓	✓	✓
Selbstbeteiligung - ist die Selbstbeteiligung für Kinder reduziert?	✓	✓	✓
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✓	✓	✓
Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓	✓	✓
Verzichtet der Versicherer bei bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓	✓	✓
Verzichtet der Tarif auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✓	✓	✓
Ist der Eigenanteil, der bei Nichteinhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht, in der Höhe oder zeitlich begrenzt?	✓	✓	✓
GOÄ ambulant - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓
GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?			✓
GOÄ ambulant - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?			✓
Sind Behandlungen durch Heilpraktiker erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Wie hoch ist die Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker?	50 %	50 %	50 %
Bis zu welchem €-Betrag sind Behandlungen durch Heilpraktiker p.a. mind. erstattungsfähig?	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Behandl./Medikamente nach Hufeland/altern. Heilmethoden erstattungsfähig?			✓
Heilpraktiker - sind Heilpraktikerleistungen mind. bis zum Höchstsatz Gebüh. erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen über gesetzl. Programme hinaus erstattungsfähig?		✓	✓
Vorsorge - werden Schutzimpfungen erstattet?		✓	✓
Heilmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?	50 %	50 %	50 %

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>			
	<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
Heilmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)	0 €	0 €	0 €
Heilmittel - sind keine unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.) vorhanden?	✓	✓	✓
Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?	✓	✓	✓
Heilmittel - ist Logopädie durch Logopäden erstattungsfähig?		✓	✓
Heilmittel - ist Ergotherapie durch Ergotherapeuten erstattungsfähig?		✓	✓
Hilfsmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?	50 %	50 %	50 %
Hilfsmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)	0 €	0 €	0 €
Hilfsmittel - existiert ein offener Hilfsmittelkatalog?			✓
Hilfsmittel - sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert?			✓
Hilfsmittel - ist mind die "normale" Ausführung erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Hilfsmittel - ist die Reparatur erstattungsfähig?		✓	✓
Hilfsmittel - bestehen keine Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Atemmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?	✓		✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Herzmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?	✓		✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Beatmungsgeräte (Heimgerät) erstattungsfähig?	✓		✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Heimdialysegeräte erstattungsfähig?	✓		✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?			✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Hör- u. Sprechgeräte erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für orthopädische Schuhe erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für die Anschaffung/Ausbildung eine Blindenhund/Blindenleitgerätes erstattungsfähig?			
Hilfsmittel - sind die Kosten für Blindenlese-/Vorlesegeräte erstattungsfähig?			
Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?	✓		✓

Leistungspunkte Ambulant			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Arag 217 247 527 277 PVB 11
Hilfsmittel - sind Prothesen uneingeschränkt erstattungsfähig? (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)	✓		✓
Hilfsmittel - sind Orthesen erstattungsfähig? (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Kunstaugen erstattungsfähig?	✓		✓
Sehhilfen - erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)	unbegrenzt Hinweis: P30: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig. P20: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.	unbegrenzt	unbegrenzt
Sehhilfen - sind Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Psychotherapie - erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Psychotherapie - auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?	✓		✓
Psychotherapie - keine pauschalen Einschränkungen?	✓	✓	✓
Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?	20 Hinweis: P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet. P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.	30	unbegrenzt
Ambulante Krankentransport erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Sind Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit erstattungsfähig?			
Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Arznei-/Verbandmittel - sind Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen erstattungsfähig?	✓		✓
Allgemeines - wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet?		✓	✓

Leistungspunkte Stationär			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Arag 217 247 527 277 PVB 11
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?		✓	
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 2-Bettzimmer erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Krankenhaus - sind wahlärztliche Behandlungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓
GOÄ stationär - leistet der Tarif bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓
GOÄ stationär - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?	✓		✓
GOÄ stationär - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?			✓
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage (und ohne Summenbegrenzung) erstattungsfähig?			
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen mind. bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) auch ohne vorherige Zusage ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?			
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen auch ohne vorherige Zusage des Versicherers ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?			
Krankenhaus - sind Krankentransporte ohne km-Grenze bis zum nächsten geeigneten KH erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Krankenhaus - ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorgesehen?	✓	✓	✓
Krankenhaus - verzichtet der VR auf die rechtl. Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes?		✓	✓
Gemischte Krankenanstalten - beinhalten die Bedingungen eine kundenfreundlichere Regelung als die MB/KK?			✓
Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?	✓	✓ <b>Hinweis:</b> <b>BS501-50:</b> <b>Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.</b>	✓
Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?			

<b>Leistungspunkte Zahn</b>			
	<b>Debeka</b> P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	<b>Huk-Coburg</b> BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11
Zahn - wie hoch wird Zahnbehandlung erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %
Zahn - wie hoch wird Zahnersatz erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %
Zahn - wie hoch wird Kieferorthopädie erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %
Zahn - ist Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig?	✓	✓	✓
GOZ Zahn - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✓	✓	✓
GOZ Zahn - der Tarif auch über den Höchstsatz der GOZ?			✓
GOZ Zahn - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?			✓
Zahn - ist kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?	✓	✓	✓
Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?	99 <b>Hinweis:</b> <b>P30:</b> Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer. <b>P20:</b> Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.	0	3
Zahn - entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✓	✓	✓
Zahn - ist die Vorlage eines Heil- u. Kostenplan nicht zwingend vorgeschrieben?	✓		✓
Zahn - sind Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Zahn - werden Inlays wie Zahnbehandlung erstattet?	✓	✓	✓

<b>Leistungspunkte Krankenhaustagegeld</b>			
	<b>Debeka</b> P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	<b>Huk-Coburg</b> BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11
max. versicherbarer Tagessatz	0 Hinweis: TK: Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €		
Mindestvertragsdauer			

## Leistungsvergleich Textübersicht

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen textuellen Vergleich der Leistungspunkte der vorgeschlagenen Tarife. Dieser Vergleich ersetzt nicht die originalen Dokumenten des Versichers und dient somit nicht als Leistungsbeschreibung.

<b>Allgemeine Leistungspunkte</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach ambulanten Behandlungen gefragt?</b>		
P30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre. P20: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	-	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.
<b>Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach psychotherapeutischen Behandlungen gefragt?</b>		
P30: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre. P20: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre.	-	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre rückwirkend.
<b>Antrag - wird im Antrag max. 5 Jahre rückwirkend nach stationären Behandlungen gefragt?</b>		
P30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. P20: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	-	Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
<b>Zahn - bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?</b>		
Es liegen leider keine Informationen vor.	Es liegen leider keine Informationen vor.	Es liegen leider keine Informationen vor.
<b>Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?</b>		
P30: Kinder sind auch alleine versicherbar. P20: Kinder sind auch alleine versicherbar.	Kinder sind erst ab dem 6. Lebensjahr alleine versicherbar.	Kinder sind auch alleine versicherbar.

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Arag 217 247 527 277 PVB 11
<b>Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?</b>		
<p>Z30: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p> <p>P30: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p> <p>P20: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p> <p>Z20: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p>	<p>Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu 2 Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus, längstens aber für weitere 2 Monate.</p>	<p>217: Versicherungsschutz besteht für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im aussereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere drei Monate. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren (kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden).</p> <p>247: Versicherungsschutz besteht für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im aussereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere drei Monate. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren (kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden).</p> <p>527: Versicherungsschutz besteht für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im aussereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere drei Monate. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren (kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden).</p>

<b>Allgemeine Leistungspunkte</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Ausland - ist der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?</b>		
<p>Z30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p> <p>P30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p> <p>P20: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p> <p>BE/S2: Medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 5.500 EUR Versicherungsleistungen. Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären.</p> <p>Z20: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig (die Mehraufwendungen für die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 6.000 € Versicherungsleistung, die Aufwendungen für die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre).</p>	<p>277: Medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland ist bei Auslandsreisen bis zu einer Dauer von 42 Tagen erstattungsfähig.</p> <p>247: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.</p> <p>247: Transportkosten, die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn auf Grund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.</p>
<b>Ausland - besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)</b>		
Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.
<b>Ausland - besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)</b>		
Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	Nur unter Vorbehalt. Bei Verlegung prüft der Versicherer, ob gegen angemessenen Zuschlag die Fortführung möglich ist.
<b>Allgemeines - ist vertraglich geregelt, dass der Vertrag bei Verlegung d. Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland auf jeden Fall fortgeführt werden kann?</b>		
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.	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 Anwartschaft möglich.	Ja, die Fortsetzung ist - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - bis zu 5 Jahre möglich, darüber hinaus mit besonderer Vereinbarung.
<b>Beitragsrückerstattung - beinhaltet der Tarif eine garantierte Beitragsrückerstattung?</b>		
Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.

<b>Allgemeine Leistungspunkte</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?</b>		
<p>Z30: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt.</p> <p>P30: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt.</p> <p>P20: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt.</p> <p>Z20: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt.</p>	<p>Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies Kalenderjahr. Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem ambulanten Tarif.</p>	<p>217: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 u. 2 leistungsfreie KJ (Kalenderjahr), 2 MB für 3 u. 4 leistungsfreie KJ, 3 MB für 5 u. 6 leistungsfreie KJ, 4 MB für 7 u. 8 leistungsfreie KJ, 5 MB für 9 leistungsfreie KJ, 6 MB für 10 leistungsfreie KJ, 7 MB für 11 leistungsfreie KJ.</p> <p>527: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 u. 2 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), 2 MB für 3 u. 4 leistungsfreie KJ, 3 MB für 5 u. 6 leistungsfreie KJ, 4 MB für 7 u. 8 leistungsfreie KJ, 5 MB für 9 leistungsfreie KJ, 6 MB für 10 leistungsfreie KJ, 7 MB für 11 leistungsfreie KJ.</p>
<b>Allgemeines - sind keine Wartezeiten vorhanden?</b>		
<p>Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.</p>	<p>Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.</p>	<p>Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate, die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate und gelten für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Entbindung und Psychotherapie.</p>
<b>Allgemeines - besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?</b>		
Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
<b>Allgemeines - sieht der Vertrag nach Entbindung Zusatzleistungen vor (z.B. Pauschalleistung, Beitragsfreiheit...)?</b>		
-	-	-

<b>Allgemeine Leistungspunkte</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?</b>		
Keine Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.	Keine Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.	217: Ja, die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Abs. 1 a) 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. 247: Ja, die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Abs. 1 a) 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. 527: Ja, die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Abs. 1 a) 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.
<b>Allgemeines - ist vertraglich garantiert, dass bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?</b>		
Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	Bei Kündigungen nach Teil I Abs. 3 (Versicherungspflicht in der GKV) besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.
<b>Allgemeines - erfolgt in den Bedingungen eine Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?</b>		
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, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Selbstbeteiligung - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung pro Jahr?</b>		
P30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. P20: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
<b>Selbstbeteiligung - gilt die Selbstbeteiligung nur für den ambulanten Bereich?</b>		
P30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. P20: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
<b>Selbstbeteiligung - ist die Selbstbeteiligung für Kinder reduziert?</b>		
P30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. P20: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
<b>Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligungen erstattungsfähig?</b>		
P30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. P20: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
<b>Volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?</b>		
P30: Kein Primärarztprinzip vorhanden. P20: Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.
<b>Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?</b>		
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
<b>Verzichtet der Versicherer bei bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?</b>		
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
<b>Verzichtet der Tarif auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?</b>		
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Ist der Eigenanteil, der bei Nichteinhaltung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht, in der Höhe oder zeitlich begrenzt?</b>		
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
<b>GOÄ ambulant - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?</b>		
P30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
<b>GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?</b>		
Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
<b>GOÄ ambulant - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?</b>		
Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	-	Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).
<b>Sind Behandlungen durch Heilpraktiker erstattungsfähig?</b>		
P30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. P20: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	277: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. 217: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
<b>Wie hoch ist die Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker?</b>		
P30: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. P20: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.
<b>Bis zu welchem €-Betrag sind Behandlungen durch Heilpraktiker p.a. mind. erstattungsfähig?</b>		
P30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. P20: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Behandl./Medikamente nach Hufeland/altern. Heilmethoden erstattungsfähig?</b>		
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 in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	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 in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	Laut Tarifprospekt sind folgende Heilmethoden erstattungsfähig: klinische Homöopathie, Komplexhomöopathie, klassische Homöopathie, potenzierte arzneiliche Lösungen aus sogenannten veraschten Pflanzenextrakten, Nosoden, anthroposophische Medizin, Pflanzenheilkunde, Akupunktur, Neuraltherapie, Enzymtherapie, Osteopathie. Die angeführten bewährten Heilverfahren werden bei medizinischer Notwendigkeit von der ARAG Krankenversicherung erstattet.
<b>Heilpraktiker - sind Heilpraktikerleistungen mind. bis zum Höchstsatz GebüH. erstattungsfähig?</b>		
P30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig. P20: 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.
<b>Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen über gesetzl. Programme hinaus erstattungsfähig?</b>		
Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.	Als Versicherungsfall gelten auch gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersgrenze.	277: Gezielte ambulante Vorsorgemaßnahmen sowie Schutzimpfungen sind auch erstattungsfähig, wenn die Tarife der Grundabsicherung und/oder die Beihilfavorschriften keine Kostenerstattung zulassen. 217: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.
<b>Vorsorge - werden Schutzimpfungen erstattet?</b>		
Schutzimpfungen sind nicht Gegenstand der Bedingungen / des Tarifes.	Schutzimpfungen einschl. Impfstoff, soweit es sich um staatl. empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz- und Zeckenschutzimpfung handelt.	Als Versicherungsfall gelten auch über den gesetzlichen Rahmen hinausgehende Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff (auch als Prophylaxe für Auslandsreisen).
<b>Heilmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?</b>		
P30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. P20: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
<b>Heilmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)</b>		
P30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. P20: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Heilmittel - sind keine unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.) vorhanden?</b>		
P30: Keine unüblichen Beschränkungen. P20: Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.
<b>Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?</b>		
P30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
<b>Heilmittel - ist Logopädie durch Logopäden erstattungsfähig?</b>		
Logopädie ist nicht in den Bedingungen aufgeführt (siehe dazu auch Heilmittel-Definition dieses Tarifes).	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
<b>Heilmittel - ist Ergotherapie durch Ergotherapeuten erstattungsfähig?</b>		
Ergotherapie ist nicht in den Bedingungen aufgeführt (siehe dazu auch Heilmittel-Definition dieses Tarifes).	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?</b>		
P30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. P20: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
<b>Hilfsmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)</b>		
P30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. P20: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
<b>Hilfsmittel - existiert ein offener Hilfsmittelkatalog?</b>		
Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Hilfsmittel: ..."	Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Als Hilfsmittel gelten..."	277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Haupttarif verbleibenden Kosten mit Ausnahme von Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel sowie Kurbehandlung. 217: Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Hilfsmittel (Brillengläser, Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 Euro, Kontaktlinsen, orthopädische Schuheinlagen..."
<b>Hilfsmittel - sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert?</b>		
Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel versichert.	Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel versichert.	Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Hilfsmittel - ist mind die "normale" Ausführung erstattungsfähig?</b>		
P30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. P20: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.
<b>Hilfsmittel - ist die Reparatur erstattungsfähig?</b>		
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme von Reparaturen von Hilfsmitteln vor.	Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.	Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - bestehen keine Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?</b>		
P30: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. P20: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Atemmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?</b>		
P30: Atemmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)") P20: Atemmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)")	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Atemmonitore vor.	277: Atemmonitore sind nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig. 217: Atemmonitore sind nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Herzmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?</b>		
P30: Herzmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)") P20: Herzmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)")	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Herzmonitore vor.	277: Herzmonitore sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. 217: Herzmonitore sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Beatmungsgeräte (Heimgerät) erstattungsfähig?</b>		
P30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)") P20: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)")	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Beatmungsgeräte vor.	277: Beatmungsgeräte sind nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig. 217: Beatmungsgeräte sind nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Arag 217 247 527 277 PVB 11
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Heimdialysegeräte erstattungsfähig?</b>		
P30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. P20: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor.	277: Heimdialysegeräte sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. 217: Heimdialysegeräte sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</b>		
Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig.  <b>Hinweis: Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig.</b>	Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 2.000,- € erstattungsfähig.	277: Die Kosten für Krankenfahrstühle werden in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung erstattet; es ist ein ärztliches Attest mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität vorzulegen. 217: Die Kosten für Krankenfahrstühle werden in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung erstattet; es ist ein ärztliches Attest mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität vorzulegen.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Hör- u. Sprechgeräte erstattungsfähig?</b>		
P30: Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig. P20: Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig.	Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	277: Hörgeräte sind erstattungsfähig. Sprechgeräte sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. 217: Hörgeräte sind erstattungsfähig. Sprechgeräte sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für orthopädische Schuhe erstattungsfähig?</b>		
P30: Mehrkosten für orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. P20: Mehrkosten für orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe u. Einlagen sind erstattungsfähig.	277: Orthopädische Schuheinlagen sind erstattungsfähig. Für orthopädische Schuhe wird der Mehraufwand im Vergleich zu Konfektionsschuhen erstattet. 217: Orthopädische Schuheinlagen sind erstattungsfähig. Für orthopädische Schuhe wird der Mehraufwand im Vergleich zu Konfektionsschuhen erstattet.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für die Anschaffung/Ausbildung eines Blindenhund-/Blindenleitgerätes erstattungsfähig?</b>		
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenhunde vor.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenhunde vor.	Blindenhunde sind nicht erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Blindenlese-/Vorlesegeräte erstattungsfähig?</b>		
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.	Blindenlese-/Vorlesegeräte sind nicht erstattungsfähig.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?</b>		
P30: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen. P20: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	Körperersatzstücke sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind Kunstglieder.	277: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen. 217: Körperersatzstücke sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig Prothesen.
<b>Hilfsmittel - sind Prothesen uneingeschränkt erstattungsfähig? (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)</b>		
P30: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. P20: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	Prothesen sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind Kunstglieder.	Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.
<b>Hilfsmittel - sind Orthesen erstattungsfähig? (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)</b>		
P30: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate. P20: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	Ja, erstattungsfähig sind Stützapparate.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Kunstaugen erstattungsfähig?</b>		
P30: Kunstaugen sind erstattungsfähig. P20: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Kunstaugen vor.	277: Kunstaugen sind erstattungsfähig. 217: Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Kunstaugen vor.
<b>Sehhilfen - erstattungsfähig?</b>		
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Arag 217 247 527 277 PVB 11
<b>Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</b>		
<p>P30: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p> <p>P20: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p> <p>BE/S2: Brillen (Brillengestelle und Brillengläser), sofern sie nach den jeweiligen Beihilfavorschriften beihilfefähig sind, bis zur beihilfefähigen Höhe. Sofern Beihilfavorschriften keine Beihilfefähigkeit für Brillen vorsehen, werden bei Aufwendungen - für maximal zwei Brillengläser im Kalenderjahr - Leistungen für Einstärkengläser bis zu 30 EUR je Glas und für Mehrstärkengläser bis zu 75 EUR je Glas erbracht.</p> <p><b>Hinweis:</b> <b>P30:</b> <b>Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</b> <b>P20:</b> <b>Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</b></p>	<p>BA501-50: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 125,00 €.</p> <p>BEZ1plus: Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen) sind bis zu einem Höchstbetrag von 125 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.</p>	<p>277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Haupttarif verbleibenden Kosten (Brillengestelle bis max. 105,- €).</p> <p>217: Brillengläser, Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 Euro. Brillengläser u. Kontaktlinsen, auch entspiegelte, getönte oder Colormatic-Gläser, werden bis zu 100% erstattet. Leistungen ohne jährliche Begrenzung nach ärztlicher Verordnung bei medizinischer Notwendigkeit.</p>
<b>Sehhilfen - sind Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?</b>		
<p>P30: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.</p> <p>P20: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.</p>	<p>BA501-50: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.</p> <p>BEZ1plus: Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen) sind bis zu einem Höchstbetrag von 125 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.</p>	<p>277: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.</p> <p>217: Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Seehilfe entsteht nach 1 Jahr seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 1 Jahr entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mind. 0,5 Dioptrien.</p>
<b>Psychotherapie - erstattungsfähig?</b>		
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
<b>Psychotherapie - auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig?</b>		
<p>P30: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.</p> <p>P20: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.</p>	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Ohne vorherige Genehmigung sind bis zu 50 Sitzungen pro Jahr erstattungsfähig. darüber hinaus nur nach Zustimmung des Versicherers.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Arag 217 247 527 277 PVB 11
<b>Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?</b>		
<p>P30: Bis zu 20 durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Im vorgenannten Rahmen werden auch durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete psychotherapeutische Behandlungen erstattet.</p> <p>P20: Bis zu 20 durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Im vorgenannten Rahmen werden auch durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete psychotherapeutische Behandlungen erstattet.</p>	<p>Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</p> <p><b>Hinweis: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</b></p>	<p>Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig (wenn sie von einem approbierten und niedergelassenen Arzt durchgeführt oder einem fachkundigen Behandler delegiert und überwacht bzw. von einem psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird).</p>
<b>Psychotherapie - keine pauschalen Einschränkungen?</b>		
<p>P30: Keine unüblichen Einschränkungen.</p> <p>P20: Keine unüblichen Einschränkungen.</p>	Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine unüblichen Einschränkungen.
<b>Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?</b>		
<p>P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p> <p>P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p> <p><b>Hinweis: P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet. P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.</b></p>	<p>Psychotherapie ist bis zu 30 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p>	<p>277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Haupttarif verbleibenden Kosten.</p> <p>217: Es sind max. 50 psychotherapeutische Sitzungen pro Jahr erstattungsfähig. Darüber hinaus nur nach vorheriger Zusage des Versicherers.</p>
<b>Ambulante Krankentransport erstattungsfähig?</b>		
<p>P30: Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.</p> <p>P20: Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.</p>	<p>Erstattet werden Transporte in Notfällen bis zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus.</p>	<p>Krankenfahrten und -transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit, wobei diese nicht auf orthopädische Erkrankungen beschränkt ist, sind erstattungsfähig.</p>

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Sind Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit erstattungsfähig?</b>		
Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nur bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nur bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig.
<b>Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?</b>		
P30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. P20: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.
<b>Arznei-/Verbandmittel - sind Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen erstattungsfähig?</b>		
P30: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. P20: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.	Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig.	Nähr- und Stärkungsmittel sind im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen erstattungsfähig.
<b>Allgemeines - wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet?</b>		
Kein Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel. Keine Leistungspflicht besteht für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.	Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.

<b>Leistungspunkte Stationär</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?</b>		
Keine Leistung vorhanden.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.
<b>Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 2-Bettzimmer erstattungsfähig?</b>		
P30: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig. P20: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.
<b>Krankenhaus - sind wahlärztliche Behandlungen erstattungsfähig?</b>		
P30: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. P20: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.
<b>GOÄ stationär - leistet der Tarif bis zum Höchstsatz der GOÄ?</b>		
P30: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
<b>GOÄ stationär - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?</b>		
P30: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. BE/S2: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
<b>GOÄ stationär - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?</b>		
Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	-	Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).
<b>Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage (und ohne Summenbegrenzung) erstattungsfähig?</b>		
Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. \n(Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. \n(Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig.

<b>Leistungspunkte Stationär</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen mind. bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) auch ohne vorherige Zusage ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</b>		
Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ggf. (nicht bedingungsgemäß!) nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ggf. (nicht bedingungsgemäß!) nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung.
<b>Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen auch ohne vorherige Zusage des Versicherers ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</b>		
Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ggf. (nicht bedingungsgemäß!) nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.
<b>Krankenhaus - sind Krankentransporte ohne km-Grenze bis zum nächsten geeigneten KH erstattungsfähig?</b>		
P30: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig. P20: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km, mindestens aber bis zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus.	Erstattungsfähig sind Krankenfahrten und -transporte bis 100 km Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
<b>Krankenhaus - ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorgesehen?</b>		
P30: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 12,00 € gezahlt. P20: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 8,00 € gezahlt.	Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung wird analog dem versichertem Erstattungssatz prozentual anteilig von 40,00 € pro Tag gezahlt.	Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden pro Tag 5,60 € gezahlt (Kinder 2,40 €).
<b>Krankenhaus - verzichtet der VR auf die rechtz. Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes?</b>		
Kein 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.
<b>Gemischte Krankenanstalten - beinhalten die Bedingungen eine kundenfreundlichere Regelung als die MB/KK?</b>		
Gemischte Anstalten sind nur nach vorheriger schriftl. Zusage des VR erstattungsfähig.	Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.	In Abweichung von Teil I Abs. 5 Satz 1 MBKK gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt, die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

Leistungspunkte Stationär		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Arag 217 247 527 277 PVB 11
<b>Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?</b>		
P30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig P20: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet. BEZ1plus: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig  <b>Hinweis:            BS501-50:            Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.</b>	Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig
<b>Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?</b>		
Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.	Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.	Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen. Kosten für Entgiftungsmaßnahmen sind erstattungsfähig.

<b>Leistungspunkte Zahn</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Zahn - wie hoch wird Zahnbehandlung erstattet? (%)</b>		
Z30: Zahnbehandlung ist zu 30% erstattungsfähig. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 30%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Zahnbehandlung ist zu 20% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.	277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für zahnärztliche Heilhandlungen. 527: Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.
<b>Zahn - wie hoch wird Zahnersatz erstattet? (%)</b>		
Z30: Zahnersatz ist zu 30% erstattungsfähig. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 30%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Zahnersatz ist zu 20% erstattungsfähig.	BEZ1plus: Der Versicherer erstattet bei Zahnersatz die verbleibenden Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Material- und Laborkosten. Die Leistung beträgt pro versicherte Person und Versicherungsjahr bis zu 4.500 €. In den ersten drei Versicherungsjahren werden pro versicherte Person und Jahr bis zu 500 € erstattet. BZ501-50: Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig.	277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für zahnärztliche Zahnersatz (z. B. große Brücken). Eine Vorleistung der Beihilfe ist nicht erforderlich. 527: Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig.
<b>Zahn - wie hoch wird Kieferorthopädie erstattet? (%)</b>		
Z30: Kieferorthopädie ist zu 30% erstattungsfähig. Z20: Kieferorthopädie ist zu 20% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.	277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für zahnärztliche Heilhandlungen. 527: Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.
<b>Zahn - ist Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig?</b>		
Z30: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. Z20: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
<b>GOZ Zahn - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?</b>		
Z30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. Z20: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
<b>GOZ Zahn - der Tarif auch über den Höchstsatz der GOZ?</b>		
Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.

Leistungspunkte Zahn		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Arag 217 247 527 277 PVB 11
<b>GOZ Zahn - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?</b>		
Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	-	Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).
<b>Zahn - ist kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?</b>		
Z30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Z20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
<b>Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</b>		
Z30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.  <b>Hinweis:</b> <b>P30:</b> <b>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</b> <b>P20:</b> <b>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</b>	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	277: Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) für zahnärztliche Heilbehandlung gem. § 4 Abs. 4 der Tarifbedingungen gelten folgende Höchstbeträge: 1.025 Euro im 1. Jahr, 2.050 Euro im 2. Jahr, ab dem 3. Jahr unbegrenzt, jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet. 527: Für die erstattungsfähigen Aufwendungen gelten folgende Höchstbeträge: im 1. Jahr 1.025,- €, im 2. Jahr 2.050,- €, ab 3. Jahr unbegrenzt. Jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.
<b>Zahn - entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?</b>		
Z30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.

<b>Leistungspunkte Zahn</b>		
<b>Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK</b>	<b>Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B</b>	<b>Arag 217 247 527 277 PVB 11</b>
<b>Zahn - ist die Vorlage eines Heil- u. Kostenplan nicht zwingend vorgeschrieben?</b>		
Z30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben. P30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben. P20: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben. Z20: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 3.000,— Euro übersteigt. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplanes werden die über 3.000,— Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.	Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.
<b>Zahn - sind Inlays &amp; Implantate ohne pauschale Begrenzungen erstattungsfähig?</b>		
Z30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. P30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. P20: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. Z20: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
<b>Zahn - werden Inlays wie Zahnbehandlung erstattet?</b>		
Z30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. P30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. P20: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. Z20: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.

<b>Leistungspunkte Krankenhaustagegeld</b>		
<b>Debeka</b> P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	<b>Huk-Coburg</b> BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11
<b>max. versicherbarer Tagessatz</b>		
Die Leistung ist vorhanden.  <b>Hinweis:</b> <b>TK:</b> <b>Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,-</b> <b>€</b>	-	Keine Leistung vorhanden.  <b>Hinweis:</b> <b>11:</b> <b>Maximal versicherbarer Tagessatz: 150,-</b> <b>€</b>
<b>Mindestvertragsdauer</b>		
-	-	-

## Nicht berücksichtigte Leistungspunkte

Folgende Leistungspunkte / Bedingungsmerkmale wurden vom Kunden nicht gewünscht:

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Ambulant	
GOÄ ambulant: mind. bis Höchstsatz	GOÄ ambulant: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOÄ
SB max. ... € p.a.	SB nur ambulant
SB für Kinder reduziert	Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbehalt
Kein Hausarzt-/Primärarztprinzip gewünscht	Kein HAP bei Akutversorgung im Ausland
Kein HAP für Not- und Bereitschaftsärzte	Keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung
Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung HAP	Heilpraktiker mind. xx % Erstattung
Heilpraktiker mind. xx € Erstattung p.a.	Hufeland/alternative Heilmethoden erstattungsfähig
Heilpraktiker mind. bis Höchstsatz Gebüh.	Sehhilfen Erstattung mind. €
Hilfsmittel - Erstattung in %	Hilfsmittel - max. Selbstbeteiligung p.a. €
offener Hilfsmittelkatalog	Heilmittel - Erstattung in %
Heilmittel - max. Selbstbeteiligung p.a. €	Nährmittel bei schweren Erkrankungen
Psychotherapie im Delegationsverfahren	mindestens ... psychotherap. Sitzungen p.a.

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Stationär	
1-Bett-Zimmer	GOÄ stationär: mind. bis Höchstsatz
GOÄ Stationär: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOÄ	Anschlussheilbehandlung bedingungsgemäß nach Zusage versichert
Anschlussheilbehandlung diagnosebeschränkt ohne vorh. Zusage & unbegrenzt €	Anschlussheilbehandlung generell ohne vorherige Zusage & unbegrenzt €

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Zahn	
Zahnbehandlung mind. %	Zahnersatz mind. %
Kieferorthopädie mind. %	Zahn: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis
Zahn: Summenbegrenzung max. ... Jahre	Zahn: Summenbegrenzung entfällt bei Unfall
Zahn: Heil- u. Kostenplan nicht erforderlich	GOZ Zahn: mind. bis Höchstsatz
GOZ Zahn: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOZ	

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Allgemein	
Beitragsrückerstattung garantiert	Beitragsrückerstattung mind. ... MB im 1. VJ
Wartezeiten - genereller Verzicht	Optionsrecht auf Höherversicherung
Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung	Verzicht bzw. verbesserte Regelung der Kriegsklausel §5 1)a MB/KK
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung vertraglich geregelt	Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate
Rücktransport aus dem Ausland	Volle tarifl. Leistung bei vorübergeh. Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa
Volle tarifl. Leistung bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa	Verlegung Wohnsitz ins außereuropäische Ausland möglich
Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre	Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre
Fragezeitraum stationäre Aufenthalte: max. 5 Jahre	fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne
Kinder alleine versicherbar ab Alter	

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Krankenhaustagegeld	
max. versicherbarer Tagessatz	Mindestvertragsdauer

Es wurden außerdem folgende Tarifarten ausdrücklich nicht gewünscht:

Nicht berücksichtigte Leistungen der Tarifarten	
Krankentagegeld	
Pflegekosten	
Pflegetagegeld	

