



- Hier klicken -
zum persönlichen Vergleich

Leistungsvergleich Private Krankenvollversicherung

			
Tarif	21x/25x/52x	B3/BS/BZ/BN	VA/VS/VD oder VB
Stand	01.01.2017	01.01.2017	01.01.2017
Jährlicher Selbstbehalt	0 €	0 €	0 €
Gesetzlicher Zuschlag	29,20 €	30,77 €	33,11 €
Arbeitgeberanteil	0 €	0 €	0 €
Arbeitnehmeranteil	337,35 €	386,50 €	414,08 €
Monatlicher Beitrag	337,35 €	386,50 €	414,08 €
Chefarztbehandlung	Ja	Ja	Ja
Bettenanzahl	1	1	1
Ambulante Leistungen	Ambulante Leistungen	Ambulante Leistungen	Ambulante Leistungen
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), ambulant	217+277 : Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, inkl. dem fehlenden Beihilfeanteil.	BS 50- U+BN1/1 50- U : Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, inkl. dem fehlenden Beihilfeanteil.	VB150U+VEL50U+VENU : Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, inkl. dem fehlenden Beihilfeanteil.
Psychotherapie (ambulant)	217 : Max. 50 Sitzungen pro Versicherungsjahr. 277 : Restkosten nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers für max. 50 Sitzungen pro Jahr. 217, 277 : Zusage ist nicht erforderlich. Behandlung durch ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten möglich.	BS 50- U : 100% der versicherter Tarifprozentstufe für 30 Sitzungen pro Versicherungsfall, danach 80%. Zusage ist nicht erforderlich. Behandlung durch ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten möglich.	VB150U : 80% der versicherten Tarifprozentstufe ohne Begrenzung der Sitzungszahl. VEL50U : 80% der versicherten Tarifprozentstufe für nicht beihilfefähige Aufwendungen. VB150U, VEL50U : Zusage ist nicht erforderlich. Behandlung durch in eigener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglich.

<p>Ambulante Transporte (Erstattung)</p>	<p>217 : Fahrten zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus, wenn Transport nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder eigenem Fahrzeug möglich ist (ärztliche Bescheinigung erforderlich). Bei eindeutigen Krankheitsbildern (Strahlen- oder Chemotherapie, Dialysebehandlung) kann in Absprache mit Versicherer auf ärztliche Bescheinigung verzichtet werden (bei Unfall oder Notfall ist Bescheinigung nicht erforderlich).</p> <p>277 : Nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers die Restkosten für Fahrten zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus, wenn Transport nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder eigenem Fahrzeug möglich ist (ärztliche Bescheinigung erforderlich). Bei eindeutigen Krankheitsbildern (Strahlen- oder Chemotherapie, Dialysebehandlung) kann in Absprache mit Versicherer auf ärztliche Bescheinigung verzichtet werden (bei Unfall oder Notfall ist Bescheinigung nicht erforderlich).</p>	<p>BS 50- U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe zur oder von der nächsten Behandlung bzw. Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit, bei Unfall oder Notfall, wenn eine stationäre Aufnahme nicht erforderlich wird. Serienfahrten bei Strahlentherapie, Chemotherapie oder Nierendialyse zu und von der nächsten Therapieeinrichtung zu 80% der versicherten Tarifprozentstufe, bei Organisation durch den Versicherer zu 100% der versicherten Tarifprozentstufe.</p>	<p>VB150U : Transporte - zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall - bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie - bei ambulanter Operation am Tag der Operation - bei ambulanter Behandlung, wenn Schwerbehinderung mit Zusatz aG (außergewöhnlich Gehbehindert), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflos) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.</p> <p>VEL50U : Die nicht beihilfefähigen Aufwendungen für Transporte je nach versicherter Tarifprozentstufe - zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall - bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie - bei ambulanter Operation am Tag der Operation - bei ambulanter Behandlung, wenn Schwerbehinderung mit Zusatz aG (außergewöhnlich Gehbehindert), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflos) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.</p>
---	--	--	---

<p>Heilpraktiker (GebüH)</p>	<p>217 : Je nach versicherter Tarifprozentstufe alle im GebüH von der Schulmedizin anerkannten Methoden. Auch Erfolg versprechende Methoden, wenn keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. 277 : Restkosten nach evtl. Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers für alle im GebüH von der Schulmedizin anerkannten Methoden. 217, 277 : Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.</p>	<p>BS 50- U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe alle im GebüH von der Schulmedizin anerkannten Methoden. Auch Erfolg versprechende Methoden, wenn keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. BN1/1 50- U : Restkosten nach evtl. Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers für alle im GebüH von der Schulmedizin anerkannten Methoden. BS 50- U, BN1/1 50- U : Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.</p>	<p>VB150U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe alle von Heilpraktikern durchgeführte naturheilkundliche Methoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind oder die sich ebenso Erfolg versprechend in der Praxis bewährt haben. Ohne diese Einschränkungen weitere vom Versicherer definierte Verfahren. VENU : Nach Leistung der Beihilfe und anderer Tarifen des Versicherers die Restkosten für von Heilpraktikern durchgeführte naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufelandverzeichnis und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind (gemäß Liste des Versicherers). VEL50U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe die nicht beihilfefähigen Aufwendungen für von Heilpraktikern durchgeführte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter den im Haupttarif genannten Voraussetzungen (bzw. für die dort genannten Methoden). VB150U, VEL50U, VENU : Ohne Begrenzung auf die Höchstbeträge des GebüH.</p>
-------------------------------------	---	---	--

<p>Heilmittel</p>	<p>217 : Heilmittel durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe je nach versicherter Tarifprozentstufe: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie.</p> <p>277 : Nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers die Restkosten je nach versicherter Tarifprozentstufe für Heilmittel durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie.</p>	<p>BS 50- U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe - gemäß Liste des Versicherers durch aufgrund staatlich anerkannter Ausbildung qualifizierte Personen: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, jeweils inkl. Mehrkosten für Behandlung in der Wohnung.</p> <p>- Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik und Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen.</p>	<p>VB150U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe Heilmittel durch Ärzte oder staatlich geprüfte Angehörige von Gesundheitsfachberufen: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik.</p> <p>VENU : Nach Leistung der Beihilfe und anderer Tarife des Versicherers die Restkosten für Heilmittel, die von Ärzten oder Heilpraktikern im Zusammenhang mit naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufelandverzeichnis und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind verordnet werden (gemäß Liste des Versicherers).</p> <p>Als Heilmittel gelten: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie.</p> <p>VEL50U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe die nicht beihilfefähigen Aufwendungen für Heilmittel durch Ärzte oder staatlich geprüfte Angehörige von Gesundheitsfachberufen: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik.</p>
--------------------------	--	--	--

<p>Vorsorge</p>	<p>217 : Erstattet werden in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten (ohne Altersgrenze, Diagnosebeschränkung und ohne zeitliche Einschränkung). Je nach versicherter Tarifprozentstufe Impfungen ohne Beschränkung auf gesetzliche Programme, auch als Prophylaxe für Auslandsreisen. 277 : Erstattet werden die nach Anrechnung evtl. Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers die Kosten für gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten (ohne Altersgrenze, Diagnosebeschränkung und ohne zeitliche Einschränkung). Nach evtl. Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers die Restkosten für Impfungen (keine Beschränkung auf gesetzliche Programme), auch als Prophylaxe für Auslandsreisen.</p>	<p>BS 50- U : Erstattet werden in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersgrenze. Je nach versicherter Tarifprozentstufe gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission: Diphtherie, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME - Zeckenschutzimpfung), Gripeschutzimpfungen, Hepatitis- A und - B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln und Wundstarrkrampf, Impfungen aufgrund einer berufsbedingten Auslandsreise. Nicht versichert sind Impfungen aus Anlass einer privaten Auslandsreise. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und im Tarif genannte Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.</p>	<p>VB150U : Erstattet werden in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Weitergehende ambulante Vorsorgeuntersuchungen, die zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendig sind, werden in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe erstattet. Je nach versicherter Tarifprozentstufe ärztlich empfohlene Schutzimpfungen; auch die von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden und nicht nur berufsbedingt oder bei einer privaten Auslandsreise empfohlen bzw. durchgeführt werden. VEL50U : Erstattet werden in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe die nicht beihilfefähigen Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Weitergehende nicht beihilfefähige ambulante Vorsorgeuntersuchungen, die zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendig sind, werden in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe erstattet. Nicht beihilfefähige ärztlich empfohlene Schutzimpfungen; auch die, die von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden und nicht nur berufsbedingt oder bei privaten Auslandsreise empfohlen sind bzw. durchgeführt werden.</p>
------------------------	--	--	---

<p>Ambulante Kuren</p>	<p>217 : Ambulante Kur (ärztliche und technische Leistungen, Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel) je nach versicherter Tarifprozentstufe erstmals nach 2 Jahren, erneuter Anspruch nach 3 Jahren. Zusage ist nicht erforderlich.</p>	<p>BN1/1 50- U : 22,- EUR Tagegeld für max. 30 Tage (zusammen mit einer evtl. stationären Kur) innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren. Zusage ist nicht erforderlich.</p>	<p>VK50U : Ein Kuraufenthalt gilt als Genesungskur, wenn eine mindestens 10- tägige Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist; sonst gilt die Kur als sonstige Kur. Sonstige Kuren werden einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattet. Bei einer ambulanten Kur ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen und Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel und Kurtaxe zu 50%. Bei einer Genesungskur wird ein Genesungsgeld in Höhe von 100,- EUR pro Kurtag gezahlt (pro Kur längstens für 4 Wochen). Diese Regelungen gelten für ambulante und stationäre Kuren. Vorherige Zusage ist erforderlich.</p>
-------------------------------	---	---	--

<p>Hilfsmittel außer Sehhilfen</p>	<p>217 : Je nach versicherter Tarifprozentstufe Hilfsmittel in Standardausführung (offener Hilfsmittelkatalog). Hilfsmittel bis 1.000,- EUR ohne vorherige Zusage, ab 1.000,- EUR Rechnungsbetrag vorherige Zusage erforderlich (sonst werden 80% der versicherten Tarifprozentstufe erstattet). 277 : Erstattet werden die nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers die Restkosten je nach versicherter Tarifprozentstufe für Hilfsmittel in Standardausführung (offener Hilfsmittelkatalog). Hilfsmittel bis 1.000,- EUR ohne vorherige Zusage, ab 1.000,- EUR Rechnungsbetrag vorherige Zusage erforderlich (sonst werden 80% der versicherten Tarifprozentstufe erstattet).</p>	<p>BS 50- U : Im Tarif genannte Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog) bis zu den genannten Höchstbeträgen je nach versicherter Tarifprozentstufe, wenn Versicherer mit Beschaffung beauftragt ist, sonst 80% der versicherten Tarifprozentstufe. Keine Kürzung bei - orthopädischen Schuhen, Einlagen und Bandagen - Hilfsmitteln mit summenmäßigen Begrenzungen - Kompressionsstrümpfe, Stoma- , Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenhunde und Blindenstock, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte - bei Unfall innerhalb von 2 Tagen erforderlichen Hilfsmitteln. Leihe ist möglich. Weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in Standardausführung übernommen. BN1/1 50- U : Die Restkosten nach Leistung der Beihilfe und anderer Tarife des Versicherers für Hilfsmittel, die im Hilfsmittelkatalog genannt oder gemäß der jeweils geltenden Beihilfeverordnung beihilfefähig sind (geschlossener Hilfsmittelkatalog).</p>	<p>VB150U : Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch je nach versicherter Tarifprozentstufe a) Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog): - technische Mittel und Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen und Haarersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen - Behandlungs- und Kontrollgeräte - orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen bis zu 750,- EUR Rechnungsbetrag je Kalenderjahr, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inkl. Gebärdendolmetscher), Hörhilfen bis zu 1.500,- EUR Rechnungsbetrag je Ohr - Blindenhunde b) lebenserhaltende Hilfsmittel: wenn ohne ihren Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z.B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie). VEL50U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe die nicht beihilfefähigen Aufwendungen für Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog: Definitionen und Höchstbeträge lt. Haupttarif).</p>
<p>Kuren (ambulant, Kurortklausel)</p>	<p>217, 277 : Kurortklausel wird nicht angewendet.</p>	<p>BS 50- U, BN1/1 50- U : Kurortklausel wird nicht angewendet.</p>	<p>VB150U, VEL50U, VENU : Kurortklausel wird nicht angewendet.</p>

<p>Sehhilfen</p>	<p>217 : Erstattet werden je nach versicherter Tarifprozentstufe - Gläser - max. 105,- EUR (= 100%) für Brillengestelle Erneuter Anspruch nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien. - max. 300,- EUR (= 100%) für Kontaktlinsen pro Kalenderjahr - max. 1.000,- EUR (= 100%) für Laser(Lasik)- Operationen einmalig pro Auge. 277 : Erstattet werden je nach versicherter Tarifprozentstufe Restkosten nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers - max. 105,- EUR (=100%) für Gläser und Brillengestelle. Erneuter Anspruch nach 24 Monaten seit letztem Bezug oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien. - max. 300,- EUR für Kontaktlinsen pro Kalenderjahr - max. 1.000,- EUR (= 100%) für Laser(Lasik)- Operationen einmalig pro Auge während der gesamten Vertragslaufzeit.</p>	<p>BS 50- U : Erstattet werden je nach versicherter Tarifprozentstufe - Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke: a) für Einstärkengläser bis 6 Dioptrien max. 300,- EUR (=100%) und bei stärkerer Fehlsichtigkeit max. 600,- EUR (=100%) b) für Mehrstärkengläser bis 6 Dioptrien max. 700,- EUR (=100%) und bei stärkerer Fehlsichtigkeit max. 1.000,- EUR (=100%) - Laser(Lasik)- Operationen. BN1/1 50- U : Erstattet werden Restkosten nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers für - Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) im Rahmen der im Haupttarif genannten Beträge und Zeiträume.</p>	<p>VB150U : Erstattet werden je nach versicherter Tarifprozentstufe - max. 400,- EUR (=100%) für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Erneuter Anspruch nach 2 aufeinanderfolgenden Jahren seit letztem Bezug oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien. - max. 2.000,- EUR für Laser(Lasik)- Operationen pro Auge. Erstmaliger Anspruch nach 2 Jahren ab Versicherungsbeginn. Erneuter Anspruch nach 5 Jahren. VEL50U : Erstattet werden je nach versicherter Tarifprozentstufe die nicht beihilfefähigen Aufwendungen - max. 400,- EUR (=100%) für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Erneuter Anspruch nach 2 aufeinanderfolgenden Jahren seit letztem Bezug oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien. - max. 2.000,- EUR (=100%) für Laser(Lasik)- Operationen pro Auge. Erstmaliger Anspruch nach 2 Jahren ab Versicherungsbeginn.</p>
-------------------------	---	---	---

Arznei- und Verbandmittel	<p>217 : Arznei- und Verbandmittel je nach versicherter Tarifprozentstufe. Dazu zählen auch Nähr- und Stärkungsmittel, wenn sie bei lebenserhaltenden Maßnahmen verordnet werden.</p>	<p>BS 50- U : Arznei- und Verbandmittel je nach versicherter Tarifprozentstufe. Dazu zählen auch Nährstofflösungen.</p>	<p>VB150U : Arznei- und Verbandmittel je nach versicherter Tarifprozentstufe. Dazu zählen auch arzneimittelähnliche Nahrungsmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Krankheiten verordnet werden oder wenn nur diese Mittel bei einer Krankheit als Nahrung eingesetzt werden können.</p> <p>VENU : Bei ambulanter und stationärer Behandlung 100% bzw. bei zahnärztlicher Behandlung 80% der Restkosten nach Leistung der Beihilfe und anderer Tarife des Versicherers für Arzneimittel für die von Ärzten oder Heilpraktikern durchgeführten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufelandverzeichnis und im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind (gemäß Liste des Versicherers).</p>
----------------------------------	---	---	---

<p>Ärztliche Behandlung ambulant (Art und Höhe)</p>	<p>217 : Ambulante ärztliche Behandlung wird in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe erstattet. Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre.</p> <p>277 : Erstattet werden die Kosten für ambulante ärztliche Behandlung, die nach Anrechnung der Leistungen der Beihilfe und den anderen Tarifen des Versicherers verbleiben. Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre.</p>	<p>BS 50- U : Ambulante ärztliche Behandlung wird in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe erstattet. Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre.</p>	<p>VB150U : Erstattet werden in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe ambulante ärztliche Behandlung und alle von Ärzten durchgeführte naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind oder sich in der Praxis ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen. Ohne diese Einschränkung werden folgende naturheilkundliche Verfahren in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe erstattet: Akupressur und Akupunktur zur Schmerzbehandlung, Anthroposophie, Antihomotoxische Medizin, Aderlass, Bluteigelbehandlung, Schröpfen, Biochemie nach Schüßler, Chiropraktik (Chirotherapie), Homöopathie, Hydrotherapie, Lasertherapie zur Schmerzbehandlung, Lymphdrainage, Neuraltherapie, Osteopathie, Physikalische Therapien, Phytotherapie, Ultraschalltherapie, Regulationsmedizin und Matrixtherapie gemäß den akzeptierten Verfahren.</p> <p>VENU : Erstattet werden nach Leistung der Beihilfe und anderer Tarife des Versicherers die Restkosten für von Ärzten durchgeführten naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufelandverzeichnis und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind (gemäß Liste des Versicherers).</p> <p>VEL50U : Erstattet werden in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe die nicht beihilfefähigen Aufwendungen für von Ärzten durchgeführte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter den im Haupttarif genannten Voraussetzungen (bzw. für die dort genannten Methoden).</p>
--	--	--	--

<p>Häusliche Krankenpflege</p>	<p>217 : Je nach versicherter Tarifprozentstufe nach vorheriger schriftlicher Zusage häusliche Behandlungspflege bis zu max. 4 Wochen: medizinisch- diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen (z.B. Medikamentengabe, Injektionen, Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Vermeidung einer Verschlechterung der Krankheit gerichtet sind. Nicht erstattet werden Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.</p> <p>277 : Nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers die Restkosten je nach versicherter Tarifprozentstufe nach vorheriger schriftlicher Zusage für häusliche Behandlungspflege bis zu max. 4 Wochen: medizinisch- diagnostische oder medizinisch- therapeutische Einzelleistungen (z.B. Medikamentengabe, Injektionen, Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Vermeidung einer Verschlechterung der Krankheit gerichtet sind. Nicht erstattet werden Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.</p>	<p>BS 50- U, B3 50- U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe Aufwendungen durch Pflegefachkräfte</p> <p>a) Krankenhausvermeidungspflege Voraussetzungen sind, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird - kein Leistungsanspruch aus der privaten Pflegepflichtversicherung besteht - keine im Haushalt lebende Person die Pflege durchführen kann. <p>Anspruch aufgrundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung besteht bis max. 50,- EUR pro Tag für höchstens 14 Tage pro Versicherungsfall.</p> <p>Anspruch auf Behandlungspflege besteht für höchstens 28 Tage pro Versicherungsfall. Besteht ein Behandlungsvertrag mit einer GKV, werden die Aufwendungen in dieser Höhe erstattet.</p> <p>b) Sicherungspflege Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung (in Höhe eines evtl. geschlossenen Behandlungsvertrages mit einer GKV) ist erstattungsfähig, wenn diese Maßnahme nicht durch eine im Haushalt lebende Person sichergestellt werden kann.</p>	<p>VB150U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch Pflegefachkräfte, wenn keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahme durchführen kann</p> <p>a) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu 4 Wochen, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird</p> <p>b) Behandlungspflege: Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, Verschlechterung zu vermeiden oder Beschwerden zu lindern Voraussetzung ist, dass der Behandelnde (z.B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der GKV geschlossen hat und die Leistungen gemäß diesem Versorgungsvertrag berechnet sind.</p>
<p>Haushaltshilfe, Kinderbetreuung</p>	<p>217, 277 : Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.</p>	<p>BS 50- U : Für Haushaltshilfe wird unter bestimmten Voraussetzungen max. 50,- EUR pro Tag für max. 14 Tage gezahlt.</p>	<p>VB150U, VEL50U, VENU : Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.</p>

Hospizleistung, ambulant	217, 227, 277 : Ambulante Hospizleistung wird nicht erstattet.	BS 50- U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe die über die Leistungen der Pflegepflichtversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung, die dem Versicherten eine Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglichen. Voraussetzung ist, dass die Verordnung die voraussichtliche Behandlungsdauer enthält. Bei Verordnung durch Krankenhausärzte darf diese 7 Tage nicht überschreiten. Versicherer ist berechtigt, die weitere medizinische Notwendigkeit nach einer Behandlungsdauer von 4 Wochen zu überprüfen.	VB150U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe die über die Leistungen der Pflegepflichtversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung, die dem Versicherten eine Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglichen.
Entbindung, Leistungen aus Kostentarifen	217+227+277 : Keine zusätzliche Pauschale bei Entbindung.	BS 50- U+BW2 50- U+BWE- U+BN1/1 50- U : Keine zusätzliche Pauschale bei Entbindung.	VB150U : Nach versicherter Tarifprozentstufe max. 500,- EUR (=100%) bei häuslicher Entbindung zusätzlich zur Kostenerstattung.
Stationäre Leistungen	Stationäre Leistungen	Stationäre Leistungen	Stationäre Leistungen
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), stationär	227+277 : Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, inkl. des fehlenden Beihilfeanteils.	B3 50- U : Regelleistungen. Belegarzt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.: - bis zum 3,5- fachen Satz für ärztliche Leistungen - bis zum 2,5- fachen Satz für technische Leistungen - bis zum 1,3- fachen Satz für Laborleistungen. Medizinisch begründete Einzelfälle nach vorheriger Zusage auch über die Höchstsätze hinaus. BW2 50- U : Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, inkl. des fehlenden Beihilfeanteils. BWE- U, BN1/1 50- U : Tarif enthält keine stationären ärztlichen Leistungen.	VB150U+VEL50U : Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, inkl. des fehlenden Beihilfeanteils.
Stationäre Pflegeklasse	227 : 1- Bettzimmer. 277 : Restkosten für Unterbringung im Krankenhaus nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers.	B3 50- U+BW2 50- U : 2- Bettzimmer. BWE- U : Differenz zwischen 1- und 2- Bettzimmer.	VB150U : 2- Bettzimmer abzüglich 14,50EUR pro Tag und Differenz zwischen 1- und 2- Bettzimmerzuschlag.

Ärztliche Behandlung stationär (Art und Höhe)	227 : Privatarztbehandlung. 277 : Privatarztbehandlung, die von der Beihilfe oder anderen Tarifen des Versicherers nicht erstattet wird.	B3 50- U+BW2 50- U : Privatarztbehandlung.	VB150U : Privatarztbehandlung. VEL50U : Privatarztbehandlung (über den Schwellenwerten der GOÄ) bei Tarifstufe 1 oder 2 des Tarifes (B)VB, (B)VS, VB, VS oder MS. Belegarztleistung bei Tarifstufe 3.
Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung im KH	227 : Wird je nach versicherter Tarifprozentstufe erstattet. 277 : Restkosten bei ambulanter Aufnahme- und Abschlussbehandlung im Krankenhaus nach Anrechnung der Leistungen der Beihilfe und anderen Tarifen des Versicherers.	B3 50- U, BW2 50- U : Wird je nach versicherter Tarifprozentstufe erstattet.	VB150U : Wird je nach versicherter Tarifprozentstufe erstattet. VEL50U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe nicht beihilfefähige Aufwendungen bei ambulanter Aufnahme- und Abschlussbehandlung im Krankenhaus.
Stationäre Transporte	227 : Je nach versicherter Tarifprozentstufe bis 100km bzw. ohne km- Begrenzung zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus (auch Rettungsflug). 277 : Restkosten nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers bis 100km bzw. ohne km- Begrenzung zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus (auch Rettungsflug).	B3 50- U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe bei Unfall oder Notfall zum oder vom nächsten geeigneten Krankenhaus.	VB150U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe zum und vom Krankenhaus. VEL50U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe nicht beihilfefähige Aufwendungen für Transporte zum und vom Krankenhaus.

<p>Kuren, REHA, AHB (stationär)</p>	<p>227 : Je nach versicherter Tarifprozentstufe stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung für Erwachsene und Jugendliche bis zu 28 Tage bis zu 14,- EUR pro Tag (= 100%) alle 36 Monate. Kinder erhalten diese Kurleistung nicht. Keine Erstattung für REHA der gesetzlichen REHA-Träger. AHB wird je nach versicherter Tarifprozentstufe erstattet.</p> <p>277 : Keine stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie REHA- Maßnahmen der gesetzlichen REHA-Träger. Für Anschlussheilbehandlung werden die Restkosten nach Leistung der Beihilfe oder anderer Tarife des Versicherers erstattet.</p> <p>227, 277 : Vorherige Zusage ist nicht erforderlich, wird aber empfohlen.</p>	<p>B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U : Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung wird nicht erstattet. Anschlussheilbehandlung wird erstattet. Zusage ist für bestimmte Krankheiten (Liste des Versicherers) bei AHB nicht erforderlich, wenn Behandlung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus Akutkrankenhaus beginnt.</p> <p>BN1/1 50- U : 35,- EUR Tagegeld pro Tag für insgesamt längstens 30 Tage (zusammen mit einer evtl. ambulanten Kur) innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren. Zusage ist nicht erforderlich.</p>	<p>VB150U : Stationäre Kurbehandlung wird nicht erstattet. REHA wird je nach versicherter Tarifprozentstufe erstattet, wenn kein gesetzlicher Träger leistet.</p> <p>VK50U : REHA und AHB werden erstattet, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Ein Kuraufenthalt gilt als Genesungskur, wenn eine mindestens 10- tägige Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist; sonst gilt die Kur als sonstige Kur. Sonstige Kuren werden einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet. Bei stationärer Kur ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen sowie Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Kurplan und die Kurtaxe zu 50%. Zusätzlich wird ein Genesungsgeld in Höhe von 100,- EUR je Kurtag gezahlt (je Kur längstens für 4 Wochen). Diese Regelungen gelten für ambulante und stationäre Kuren. Vorherige Zusage ist erforderlich.</p> <p>VEL50U : Stationäre Kurbehandlung wird nicht erstattet. Für REHA werden je nach versicherter Tarifprozentstufe die nicht beihilfefähigen Aufwendungen erstattet, wenn kein gesetzlicher Träger leistet.</p> <p>VB150U, VEL50U : Zusage ist nicht erforderlich.</p>
<p>Ambulante Operationen</p>	<p>217 : Ambulante Operationen werden erstattet.</p> <p>277 : Ambulante Operationen werden nach Leistung der Beihilfe und anderen Tarifen des Versicherers erstattet.</p>	<p>BS 50- U : Ambulante Operationen werden erstattet.</p>	<p>VB150U : Ambulante Operationen werden erstattet.</p> <p>VEL50U : Ambulante nicht beihilfefähige Operationen werden erstattet.</p>

Begleitpersonen bei Kindern im Krankenhaus	<p>227 : Aufwendungen werden in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes je nach versicherter Tarifprozentstufe erstattet, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.</p> <p>277 : Restkosten nach Leistung der Beihilfe und anderer Tarife des Versicherers.</p>	<p>B3 50- U : Aufwendungen werden in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes je nach versicherter Tarifprozentstufe erstattet, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.</p> <p>BW2 50- U : Bis zum 5.Lebensjahr, max. 5 Tage; (max. 2- facher Satz der Wahlleistung für 2-Bettzimmer je nach versicherter Tarifprozentstufe).</p>	<p>VB150U : Aufwendungen werden in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes je nach versicherter Tarifprozentstufe erstattet, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.</p>
Ersatzkrankenhaustagegeld	<p>227 : Je nach versicherter Tarifprozentstufe bis zu 22,- EUR (=100%) bei Verzicht auf 1- und 2- Bettzimmer. Kinder bis zu 16,- EUR (=100%).</p> <p>Je nach versicherter Tarifprozentstufe bis zu 105,- EUR (=100%) bei Verzicht auf 1- und 2- Bettzimmer und auf Privatarztbehandlung. Kinder bis zu 55,- EUR (=100%).</p>	<p>B3 50- U, BN1/1 50- U : Entfällt, da kein 1- oder 2-Bettzimmer bzw. Privatarztbehandlung versichert ist.</p> <p>BW2 50- U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe bis zu 24,- EUR (=100%) bei Verzicht auf 1- und 2-Bettzimmer, bis zu 20,- EUR (=100%) bei Verzicht auf Privatarztbehandlung.</p> <p>BWE- U : 25,- EUR bei Verzicht auf 1- Bettzimmer.</p>	<p>VB150U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe - 20,80EUR (=100%) bei Verzicht auf Privatarztbehandlung. Kinder und Jugendliche gleiches KHT.</p>
Psychotherapie (stationär)	<p>227, 277 : Wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich.</p>	<p>B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U : Wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich.</p>	<p>VB150U, VEL50U : Wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich.</p>
Hospizleistung, stationär/teilstationär	<p>227 : Je nach versicherter Tarifprozentstufe bis zu der Höhe, die für die Versorgung in der GKV aufzuwenden wäre die Restkosten nach Leistung der Pflegepflichtversicherung bei stationärem Hospizaufenthalt bis zu 4 Wochen (Verlängerung auf Antrag des Hospizarztes möglich).</p>	<p>B3 50- U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe bis zu der Höhe, die für die Versorgung in der GKV aufzuwenden wäre. Die Restkosten nach Leistung der Pflegepflichtversicherung bei stationärem oder teilstationärem Hospizaufenthalt in einem von der GKV zugelassenen Hospiz, wenn es keiner stationären Behandlung in einem Krankenhaus bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erfolgen kann.</p>	<p>VB150U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung bis zur Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten von der GKV aufzuwenden wäre.</p>

Gemischte Anstalten, Leistung	<p>227 : Stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage. Ohne schriftliche Zusage, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - es sich um eine Notfalleinweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist - während des Aufenthaltes eine akute Krankheit auftritt, die eine stationäre Behandlung erfordert. 	<p>B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, BN1/1 50- U : Stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage. Ohne schriftliche Zusage, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - für bestimmte Krankheiten (gemäß Liste des Versicherers) eine Anschlussheilbehandlung innerhalb von 4 Wochen nach einer stationären Akutbehandlung angetreten wird - es sich um eine Notfalleinweisung handelt - während des Aufenthaltes eine akute Krankheit auftritt, die eine stationäre Behandlung erfordert - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist. 	<p>VB150U : Stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage. Ohne schriftliche Zusage, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - nur Behandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten - es sich um eine Notfalleinweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist - während des Aufenthaltes eine akute Krankheit auftritt, die eine stationäre Behandlung erfordert.
Zahn	Zahn	Zahn	Zahn
Zahn (Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn)	<p>527 : Wird bei Zahnersatz und Kieferorthopädie empfohlen. 277 : Nicht erforderlich.</p>	<p>BZ 50- U, BN1/1 50- U : Nicht erforderlich.</p>	<p>VB150U, VEL50U : Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie über 1.500,- EUR erforderlich, sonst Erstattung des übersteigenden Betrags zur Hälfte der Tarifleistung.</p>
Gebührenordnung Zahn	<p>527+277 : Auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus, inkl. dem fehlenden Beihilfeanteil.</p>	<p>BZ 50- U+BN1/1 50- U : Auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus, inkl. dem fehlenden Beihilfeanteil.</p>	<p>VB150U+VEL50U : Auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus, inkl. dem fehlenden Beihilfeanteil.</p>
Zahn (Summenbegrenzung)	<p>527, 277 : Anerkennungsfähiger Rechnungsbetrag für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie max. - 1.025,- EUR im 1.Versicherungsjahr - 2.050,- EUR im 2.Versicherungsjahr. Kein Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht. 527 : Keine Begrenzung bei Unfall.</p>	<p>BZ 50- U, BN1/1 50- U : Keine Summenbegrenzung.</p>	<p>VB150U, VEL50U : Keine Summenbegrenzung.</p>

Zahn (Erstattung)	<p>527 : Erstattet wird in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe: - Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung) - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Inlays, Onlays, Implantate (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie) - Kieferorthopädie - Material- und Laborkosten. 277 : Erstattet werden Restkosten nach Leistung der Beihilfe und anderer Tarife des Versicherers für: - Zahnbehandlung - Zahnersatz - Kieferorthopädie - Material- und Laborkosten. Inlays wie Zahnbehandlung.</p>	<p>BZ 50- U : Erstattet wird in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe: - Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung). - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Veneers, Inlays, Onlays, Implantate (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie). - Kieferorthopädie - Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers. BN1/1 50- U : Erstattet werden Restkosten nach Leistung der Beihilfe und anderer Tarife des Versicherers: - Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.</p>	<p>VB150U : Erstattet wird in Höhe der versicherten Tarifprozentstufe: - Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung) - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Veneers, Inlays, Onlays, Implantate (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie) - Kieferorthopädie - Material- und Laborkosten. VEL50U : Erstattet werden 80% der Restkosten der versicherten Tarifprozentstufe nach Leistung der Beihilfe und anderer Tarife des Versicherers für: - Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung) - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Inlays, Onlays, Veneers, Implantate (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie) - Kieferorthopädie - Material- und Laborkosten.</p>
Krankenhaustagegeld	Krankenhaustagegeld	Krankenhaustagegeld	Krankenhaustagegeld
Weltgeltung (KHT)	<p>11 : Außereuropäisch bis zu 3 Monaten. Bei Transportunfähigkeit weitere 3 Monate.</p>	<p>KHT- U : Versicherungsschutz auch außerhalb Europas für Auslandsaufenthalt (d.h. so lange keine Wohnsitzverlegung vorliegt) - bis zu 6 Monate, bei Aufenthalt von mindestens 12 Monaten - für 6 Wochen, bei Aufenthalt von weniger als 12 Monaten Voraussetzung ist eine Korrespondenzanschrift in Deutschland und eine deutsche Bankverbindung.</p>	<p>KH+ : Außereuropäisch bis zu 3 Monaten. Bei Transportunfähigkeit auch länger.</p>

Krankenhaustagegeld (Erstattung)	11 : Bei stationärem Aufenthalt KHT in vereinbarter Höhe. Krankenhaustagegeld bei stationärer Psychotherapie max. 13 Wochen während der gesamten Vertragszeit. Keine Besonderheiten für das KHT bei Kindern.	KHT- U : Bei stationärem Aufenthalt KHT in vereinbarter Höhe. Krankenhaustagegeld bei stationärer Psychotherapie max. 30 Tage pro Jahr. Keine Besonderheiten für das KHT bei Kindern.	VB150U+KH+ : Bei stationärem Aufenthalt KHT in vereinbarter Höhe. Zusätzlich 14,50EUR KHT. Krankenhaustagegeld bei stationärer Psychotherapie in der vereinbarten Höhe. VB150U, VEL50U : Keine Besonderheiten für das KHT bei Kindern. KH+ : Doppeltes KHT, wenn Kind bis zum vollendeten 14.Lebensjahr mit Elternteil als Begleitung im Krankenhaus ist.
Krankenhaustagegeld (zusätzl. Entbindungsleistung)	11, 277 : Keine zusätzliche Leistung bei Entbindung.	KHT- U : Keine zusätzliche Leistung bei Entbindung.	VB150U, KH+, VEL50U : Keine zusätzliche Leistung bei Entbindung.
Auslandsleistungen	Auslandsleistungen	Auslandsleistungen	Auslandsleistungen

<p>Rücktransport aus dem Ausland</p>	<p>227 : Ist mit dem kostengünstigsten Transportmittel mitversichert (auch Rettungsflug). 277 : Für die ersten 42 Tage aller vorübergehenden Auslandsreisen ist der Rücktransport mit dem kostengünstigsten Transportmittel mitversichert, wenn eine Behandlung im Umkreis von 500km nicht zugemutet werden kann. Überführung oder Beisetzung bis 10.250,- EUR.</p>	<p>BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U : Je nach versicherter Tarifprozentstufe mit dem kostengünstigsten Transportmittel. BN1/1 50- U : Erstattet werden nach Leistung der Beihilfe und des Grundtarifes die Restkosten für medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport an den ständigen Wohnsitz mit dem günstigsten Transportmittel. Überführung bis 10.000,- EUR oder Beisetzung im Ausland bis zu dem Betrag der bei Überführung erstattet würde, max. 5.000,- EUR.</p>	<p>VB150U, VEL50U : Erstattet werden die um die üblichen Fahrtkosten verminderten Aufwendungen: - bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder bei Unfall aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächsten geeigneten Krankenhaus für einen Rettungsflug (Transport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und er von einem nach der Richtlinie des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird. - bei einem sonstigen Transport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1.Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können z.B. verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal. Überführung an den Wohnsitz bis zu dem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1.Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht; oder es werden bis zur entsprechenden Höhe die Beisetzung am Sterbeort im Ausland übernommen.</p>
---	--	--	--

Leistungen im Ausland (zusätzlich)	<p>277 : Für die ersten 42 Tage aller vorübergehenden Auslandsreisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ärztliche Behandlung - Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen - schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung und Reparaturen von Zahnersatz (keine Neuanfertigung), Kronen und Kieferorthopädie - Röntgendiagnostik - stationäre Behandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus. <p>Bei einem versicherten Kind bis zu 12 Jahren zusätzlich Unterkunft einer nahestehenden Person</p> <ul style="list-style-type: none"> - für den Transport zur stationären Behandlung in das nächste geeignete Krankenhaus. 	<p>BN1/1 50- U : Nach Anrechnung von Beihilfe und Grundtarif Erstattung für die Restkosten für Behandlung im Ausland während vorübergehender Reisen bis zu 6 Monaten Dauer; bei Vereinbarung auch länger.</p>	<p>VB150U, VEL50U, VENU : Keine speziellen Auslandsleistungen.</p>
Kuren	-	-	Kuren
Kuren (max. Tagessatz)	-	-	VK50U : Keine Aussage erforderlich, da Kostenerstattungstarif.
Kuren (Kündigung durch die Gesellschaft)	-	-	VK50U : Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Allgemeines	Allgemeines	Allgemeines	Allgemeines

Beitragsvorsorge	217, 227, 527, 277 : Keine Beitragsreduzierung im Alter.	BEA- U : Beitragsermäßigung zum 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Sie kann in Vielfachen von 10,- EUR vereinbart werden, max. 100% des jeweiligen Beitrags. Für den Beitragsermäßigungstarif selbst kann keine Beitragsreduktion vereinbart werden. Versicherer bietet regelmäßig dynamische Anpassung des Ermäßigungsbetrages an (bis max. zum 61.Lebensjahr). Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 1 Monat widerspricht. Nach Reduktionsbeginn erhöht sich der Reduktionsbetrag nicht. Ab dem 1. Januar des Jahres in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, beträgt der Monatsbeitrag für den Beitragsermäßigungstarif 1/4 des zuletzt gezahlten Monatsbeitrags.	BE67 : Beitragsermäßigung zum 1. des Monats, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Beginn kann auf 62. Lebensjahr vorgezogen. Voraussetzung ist, dass Beitragsermäßigungstarif vor mindestens 10 Jahre abgeschlossen worden ist. Sie kann in Vielfachen von 1,- EUR vereinbart werden, max. 100% des jeweiligen Beitrags. Auch für den Beitragsermäßigungstarif kann eine Beitragsreduktion vereinbart werden. Versicherer bietet im Abstand von max. 5 Jahren dynamische Anpassung, wenn versicherte Person das 55. Lebensjahr nicht überschritten hat und in den letzten 2 Jahren der Ermäßigungsbeitrag weder erstmals vereinbart noch erhöht wurde. Erhöhung entfällt, wenn Versicherungsnehmer innerhalb von 1 Monat widerspricht. Nach Reduktionsbeginn erhöht sich der Reduktionsbetrag in Abständen von 3 Jahren um jeweils 5% des bei Reduktionsbeginn geltenden Reduktionsbetrages, wenn die versicherte Person das 97. Lebensjahr nicht vollendet hat.
Weltgeltung (Krankheitskosten)	217, 227, 527, 277 : Außereuropäisch bis zu 3 Monate Versicherungsschutz. Bei Transportunfähigkeit auch länger.	BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, BZ 50- U, BN1/1 50- U : Versicherungsschutz außerhalb Europas bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt - bis zu 6 Monate, wenn er seit mindestens 12 Monaten besteht - für 6 Wochen, wenn er weniger als 12 Monate besteht Voraussetzung ist, dass eine Korrespondenzanschrift in Deutschland und eine deutsche Bankverbindung vorhanden ist.	VB150U+VEL50U+VENU : Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland 3 Monate Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Behandlung über 3 Monate ausgedehnt werden, Versicherungsschutz, wenn die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes angetreten werden kann. Zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten, wenn die private Pflegepflichtversicherung während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt wird.
Selbstbeteiligung	217, 277 : Keine Selbstbeteiligung.	BS 50- U, BN1/1 50- U : Keine Selbstbeteiligung.	VB150U, VEL50U, VENU : Keine Selbstbeteiligung.

Beitragsfreistellung	217, 227, 527, 277 : Keine Beitragsfreistellung.	B3 50- U : Beitragsfreistellung für Neugeborene bei - Kindernachversicherung für 12 Monate, wenn ein Elternteil und das Kind im Tarif versichert sind.	VB150U, VEL50U, VENU : Keine Beitragsfreistellung.
Optionsrecht auf höherwertigere Tarife	217, 227, 277 : Keine Option auf höherwertigen Schutz. 527 : Wenn zu Beginn oder während der Elternzeit der Versicherungsschutz herabgesetzt wird, kann zum Ende der Elternzeit eine Erhöhung bis zum ursprünglichen Schutz beantragt werden.	BS 50- U, B3 50- U : Option auf höherwertigen Schutz. Option auf Tarife mit höherwertigem Versicherungsschutz. Option möglich zu bestimmten Ereignissen (erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit, einmalig bei Eheschließung, Geburt oder Adoption eines Kindes, Beginn der Berufsausbildung eines Kindes, Wegfall des letzten Kindes aus der Beihilfe). Umstellungsantrag aus Anlass einer Geburt oder Adoption innerhalb von 3 Monaten; ansonsten 2 Monate ab Eintritt des Ereignisses. Personen, die erstmalig eine Vollversicherung beim Versicherer abschließen (gilt nicht bei Kindernachversicherung), können zudem einmalig zum 01.01. des 6. Versicherungsjahres umstellen, wenn der Tarif 5 Versicherungsjahre bestanden hat (Antrag muss zum Umstellungstermin vorliegen). BW2 50- U, BWE- U, BZ 50- U, BN1/1 50- U : Keine Option auf höherwertigen Schutz.	VB150U : Option auf höherwertigen Schutz. Studenten und Beihilfeberechtigte haben nach Beendigung des Studiums bzw. Wegfall des Beihilfeanspruchs und Aufnahme eines Berufs Option auf Krankentagegeld (Selbstständige ab 15.Tag, Angestellte ab 43.Tag, bis zum Nettoeinkommen, max. 130% des GKV- Höchstkrankentagegeldes). Option ist möglich, wenn Hinzunahme des Krankentagegeldes spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Berufsbeginn beantragt wird und zum 01. des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll. VEL50U, VENU : Keine Option auf höherwertigen Schutz.
Wartezeiten KV, besondere, Vollversicherung	217, 227, 527, 11, 277 : Die besonderen Wartezeiten entfallen.	BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, BZ 50- U, KHT- U, BN1/1 50- U : Die besonderen Wartezeiten entfallen.	VB150U, KH+, VEL50U, VENU, VK50U : Die besonderen Wartezeiten entfallen.
Wartezeit KV, allgemeine, Vollversicherung	217, 227, 11, 277 : Die allgemeine Wartezeit entfällt.	BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, KHT- U, BN1/1 50- U : Die allgemeine Wartezeit entfällt.	VB150U, KH+, VEL50U, VENU, VK50U : Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Beitragsrückerstattung (nicht garantiert)	217, 527 : Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren: 1 Jahr : 2 MB 2 Jahre : 3 MB Kinder und Jugendliche erhalten die gleiche BRE. Bei unterjährigem Beginn wird die BRE anteilig gezahlt. Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im ambulanten und zahnärztlichen Bereich.	BS 50- U : Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren: 1 Jahr : 1 MB 2 Jahre : 2 MB 3 Jahre : 3 MB. Kinder und Jugendliche erhalten die gleiche BRE. Bei unterjährigem Beginn wird keine BRE gezahlt. Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.	VB150U : Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren: 1 Jahr : 1,0 MB 2 Jahre : 1,5 MB 3 Jahre : 2,0 MB 4 Jahre : 2,5 MB 5 Jahre : 3,0 MB. VEL50U, VENU : Beitragsrückerstattung nach leistungsfreien Jahren: 1 Jahr : 2,0 MB 2 Jahre : 3,0 MB 3 Jahre : 4,0 MB 4 Jahre : 5,0 MB 5 Jahre : 6,0 MB. VB150U, VEL50U, VENU : Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit in allen Kostentarifen.
Pauschalleistung (tariflich garantiert)	217, 277 : Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.	BS 50- U : Verhaltensbonus (ab dem vollendeten 20. Lebensjahr): - 25,- EUR Nichtraucher-Bonus pro Jahr - 25,- EUR BMI- Bonus pro Jahr - 50,- EUR Fitnessstudio-Bonus pro Jahr - 50,- EUR Sportabzeichen-Bonus (ohne Altersbegrenzung).	VB150U, VEL50U, VENU : Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.
Versicherbarer Personenkreis	217, 227, 277 : Beihilfeberechtigte. 527, 11 : Unabhängig von Beruf oder Status (Auszubildender, Arbeitnehmer, Beamte, Freiberufler, Selbstständiger) abschließbar.	BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, BZ 50- U : Beamte, Richter, Soldaten, Angestellte und Arbeiter im öffentlichen Dienst sowie deren Familienangehörige. KHT- U : Unabhängig von Beruf oder Status (Auszubildender, Arbeitnehmer, Beamte, Freiberufler, Selbstständiger) abschließbar. BN1/1 50- U : Personen, für die beim Versicherer ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Versicherungsschutz nach der Tarifgruppe B- U besteht. BEA- U : Personen mit Vollversicherung bei derselben Gesellschaft.	VB150U, VEL50U, VENU : Beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen. VK50U : Personen mit Vollversicherung bei derselben Gesellschaft. KH+ : Unabhängig von Beruf oder Status (Auszubildender, Arbeitnehmer, Beamte, Freiberufler, Selbstständiger) abschließbar. BE67 : Der Tarif kann in Verbindung mit einer Krankheitskostenversicherung abgeschlossen werden.
Maximales Eintrittsalter	217, 227, 527, 11, 277 : Es gibt kein Höchstaufnahmearter.	BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, BZ 50- U, KHT- U, BN1/1 50- U : Es gibt kein Höchstaufnahmearter. BEA- U : Das Höchstaufnahmearter beträgt 61 Jahre.	VB150U, KH+, VEL50U, VENU, VK50U : Es gibt kein Höchstaufnahmearter. BE67 : Das Höchstaufnahmearter beträgt 55 Jahre.
Wechselrecht in höherwertige Tarife	217, 227, 527, 277 : Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.	BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, BZ 50- U, BN1/1 50- U : Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.	VB150U, VEL50U, VENU : Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Mindestvertragsdauer	217, 227, 527, 11, 277 : Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate.	BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, BZ 50- U, KHT- U, BN1/1 50- U, BEA- U : Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.	VB150U, KH+, VEL50U, VENU, BE67, VK50U : Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Maximale Vertragslaufzeit	217, 227, 527, 11, 277 : Keine Befristung.	BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, BZ 50- U, KHT- U, BN1/1 50- U : Keine Befristung.	VB150U, KH+, VEL50U, VENU, VK50U : Keine Befristung.
Kündigungstermin	217, 227, 527, 11, 277 : Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des gleichen Jahres.	BS 50- U, B3 50- U, BW2 50- U, BWE- U, BZ 50- U, KHT- U, BN1/1 50- U : Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des gleichen Jahres. BEA- U : Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Kalendermonats unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich.	VB150U, KH+, VEL50U, VENU, BE67, VK50U : Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Versicherungsjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich.

Juristischer Hinweis:

Trotz größter Sorgfalt und Umsicht, kann es zu falschen Ergebnissen kommen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Vergleiche, kann daher keine Haftung übernommen werden. Rechtsverbindlich sind ausschließlich die Tarife, Bedingungen und geschäftsplanmäßigen Erklärungen des jeweiligen Leistungsträgers. Für die Gewichtung von Leistungsmerkmalen, ist alleine der Nutzer verantwortlich.