

# PKV für Ärzte

## Vorgaben



### PERSON

Geburtsdatum 01.10.1990

Berufsstand Angestellte/r

### HAUPTVERSICHERUNG

Versicherungsbeginn 01.12.2020

Selbstbehalt bis 500 €

Stationäre Unterbringung/ Behandlung mindestens Zweibettzimmer Chefarzt

Zahnbehandlung mindestens 100 %

Zahnersatz(Prothesen, Brücken, Kronen) mindestens 70 %

Pflegepflichtversicherung Keine Beitragslimitierung

# PKV für Ärzte

## Vergleich





Anbieter				
Tarifnamen	COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	VHV2C+ (Ärzte), PVN
Tarifbeschreibung	<p><b>COMFORT-MED (Ärzte) ambulante Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% ambulante Heilbehandlung</li> <li>· 100% Arznei- und Verbandmittel <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% Heilmittel</li> <li>· 100% Hilfsmittel</li> </ul> </li> <li>· 100% Heilpraktiker</li> <li>· 100% Psychotherapie</li> </ul> <p><b>stationäre Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>100% stationäre Behandlung</li> <li>· Allgemeine Krankenhausleistung</li> <li>· Belegärztliche Behandlung</li> <li>· Unterkunft im Mehrbettzimmer</li> </ul> <p><b>Zahnleistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% Zahnbehandlung</li> <li>· 80% Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen) <ul style="list-style-type: none"> <li>· 80% Inlays</li> <li>· 80% Implantate</li> <li>· 80% Kronen</li> </ul> </li> <li>· 80% Kieferorthopädie</li> </ul> <p>· Summenbegrenzung in den ersten 5 Jahren, danach Höchsterstattung</p> <p><b>Sonstige Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· garantierte Beitragsrückerstattung</li> </ul> <p><b>Selbstbehalt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· leistungsabhängiger SB auf den gesamten Kompakttarif</li> </ul> <p><b>Hinweis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Erstattung bis Regelhöchstsatz GOÄ/GOZ im stationären Bereich</li> </ul> <p><b>Versicherbarer Personenkreis</b></p>	<p><b>A101 (Ärzte) ambulante Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% ambulante Heilbehandlung</li> <li>· 100% Arznei- und Verbandmittel <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% Heilmittel</li> </ul> </li> <li>· 80 - 100% Hilfsmittel</li> <li>· kein Heilpraktiker</li> <li>· 100% Psychotherapie</li> </ul> <p><b>Zahnleistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 80% Zahnbehandlung</li> </ul> <p><b>Selbstbehalt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· kein Selbstbehalt</li> </ul> <p><b>Versicherbarer Personenkreis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ärzte und Familienangehörige</li> </ul> <p><b>S201 stationäre Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>100% stationäre Behandlung</li> <li>· Allgemeine Krankenhausleistung</li> <li>· Wahlärztliche Behandlung</li> <li>· Unterkunft im Ein-/ Zweibettzimmer</li> </ul> <p><b>Versicherbarer Personenkreis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ärzte und Familienangehörige</li> </ul> <p><b>Z80 Zahnleistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 20% Zahnbehandlung</li> <li>· 80% Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen) <ul style="list-style-type: none"> <li>· 80% Inlays</li> <li>· 80% Implantate</li> </ul> </li> <li>· 80% Kieferorthopädie</li> </ul> <p>· Summenbegrenzung in den ersten 3 VJ, danach Höchsterstattung</p> <p><b>PVN</b></p>	<p><b>Ärzte Plus 100 (Ärzte) ambulante Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% ambulante Heilbehandlung</li> <li>· 100% Arznei- und Verbandmittel <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% Heilmittel</li> <li>· 100% Hilfsmittel</li> </ul> </li> <li>· kein Heilpraktiker</li> <li>· 100% Psychotherapie</li> </ul> <p><b>stationäre Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>100% stationäre Behandlung</li> <li>· Allgemeine Krankenhausleistung</li> <li>· Wahlärztliche Behandlung</li> <li>· Unterkunft im Zweibettzimmer</li> </ul> <p><b>Zahnleistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% Zahnbehandlung</li> <li>· 75% Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen) <ul style="list-style-type: none"> <li>· 75% Inlays</li> <li>· 75% Implantate</li> </ul> </li> <li>· 75% Kieferorthopädie</li> </ul> <p>· Summenbegrenzung in den ersten 4 VJ</p> <p><b>Selbstbehalt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 800 EUR p.a. für Arzneimittel</li> </ul> <p><b>Optionsleistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Option auf Höherversicherung zu Beginn des 6. oder 8. VJ</li> <li>· ohne Risikoprüfung und Wartezeiten <ul style="list-style-type: none"> <li>· Umstellung bis 52. LJ</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Versicherbarer Personenkreis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ärzte und Familienangehörige</li> <li>· versicherungsfähig bis 45 Jahre</li> </ul> <p><b>PVN</b></p>	<p><b>VHV2C+ (Ärzte) ambulante Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% ambulante Heilbehandlung</li> <li>· 100% Arznei- und Verbandmittel <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% Heilmittel</li> <li>· 100% Hilfsmittel</li> </ul> </li> <li>· 100% Heilpraktiker</li> <li>· 85% Psychotherapie</li> </ul> <p><b>stationäre Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>100% stationäre Behandlung</li> <li>· Allgemeine Krankenhausleistung</li> <li>· Wahlärztliche Behandlung</li> <li>· Unterkunft im Zweibettzimmer</li> </ul> <p><b>Zahnleistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% Zahnbehandlung</li> <li>· 85% Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen) <ul style="list-style-type: none"> <li>· 100% Inlays</li> <li>· 85% Implantate</li> </ul> </li> <li>· 85% Kieferorthopädie</li> </ul> <p><b>Selbstbehalt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 300 EUR p.a. auf den gesamten Kompakttarif</li> <li>· kein SB auf Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Entbindungspauschale, Zahnprophylaxe</li> </ul> <p><b>Optionsleistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Option auf Höherversicherung nach 3, 5 oder 7 Jahren</li> <li>· Option auf Höherversicherung nach 15 Jahren bei best. Ereignissen</li> <li>· ohne Risikoprüfung und Wartezeiten</li> </ul> <p><b>Versicherbarer Personenkreis</b></p>

Anbieter	Continental COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	Humanmediziner, Zahnmediziner und Familienangehörige  <u>SP2</u> <b>Stationärer Zusatztarif</b> 100% stationäre Behandlung · Wahlärztliche Behandlung · Unterkunft im Zweibettzimmer  <u>PVN</u> Pflegepflichtversicherung	<u>PVN</u> Pflegepflichtversicherung	Pflegepflichtversicherung	· Ärzte und Familienangehörige  <u>PVN</u> Pflegepflichtversicherung
<b>[359] Hilfsmittel ohne prozentuale oder preisliche Summenbegrenzung</b>	✓ Ja. Der Tarif leistet für Hilfsmittel bis zu einem RB von 1.000 EUR zu 100%. Übersteigen die Kosten den RB von 1.000 EUR ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Liegt dieser nicht vor oder wird das Hilfsmittel vor Mitteilung der Versicherungsleistung erworben, leistet der Tarif zu 80% des RB.	✓ Ja. Der Tarif leistet für Hilfsmittel bis zu einem RB von 1.000 EUR zu 100%. Bei Beträge von über 1.000 EUR leistet der Tarif nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers ohne Summenbegrenzung (prozentual oder preislich). Ohne schriftliche Leistungszusage leistet der Tarif bei einem RB von über 1.000 EUR zu 80%.	– Nein. Erstattungsfähig sind Hilfsmittel mit Summenbegrenzung prozentual und/oder preislich.	– Nein. Der Tarif leistet für Hilfsmittel nicht ohne Summenbegrenzung (prozentual oder preislich).
<b>[360] Hilfsmittel ohne Einschränkungen auf Standard-, einfache oder angemessene Ausführung</b>	– Nein. Der Tarif leistet bei Hilfsmitteln nicht ohne Einschränkungen auf Standard-, einfache oder angemessene Ausführung.	✓ Ja. Der Tarif leistet für Hilfsmittel ohne Einschränkungen auf Standard-, einfache oder angemessene Ausführungen.	✓ Ja. Der Tarif leistet für Hilfsmittel ohne Einschränkungen auf Standard-, einfache oder angemessene Ausführungen.	✓ Ja. Der Tarif leistet für Hilfsmittel ohne Einschränkungen auf Standard-, einfache oder angemessene Ausführungen.
<b>[12] Hilfsmittel ohne abschließende Aufzählung</b>	✓ Ja. Erstattungsfähig sind, in einfacher Ausführung, technische Mittel oder Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen (z.B. Sehhilfen, Leibbinden, Bruchbänder, Stützapparate, Hörgeräte, orthop. Schuhe, Krankenfahrstühle und Prothesen). Ausgenommen hiervon sind Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder med.-technische Bedarfsartikel. Des Weiteren sind die Kosten zur Anschaffung eines Blindenführhundes, einschließlich erforderlicher Trainingsmaßnahmen für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person, erstat-	✓ Ja. Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR zu 100% erstattungsfähig. Bei Rechnungsbeträgen von über 1.000 EUR sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage durch den Versicherer 100%, ansonsten 80% erstattungsfähig.	✓ Ja. Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) sind zu 100% erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel vom VR bezogen bzw. beschafft wurde oder weder vom VR beschafft noch bezogen werden konnte oder innerhalb von 2 Tagen nach einem Not- oder Unfall bezogen werden mußte, ansonsten zu 80%. Folgende Hilfsmittel sind generell zu 100% erstattungsfähig: Bandagen, Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Tens-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, konfekt-	✓ Ja. Erstattungsfähig sind zu 100% technische Mittel und Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen und Haarersatz) und Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen bis 1.500 EUR RB, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher), Hörgeräte und künstliche Ernährung sowie die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen. Lebenserhaltende Hilfsmittel zu 100% z. B. Beat-

# PKV für Ärzte

## Vergleich

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	 tungs-fähig. Bei Hilfsmitteln - ausge- nommen Sehhilfen - beträgt die Selbstbeteiligung 50 EUR je Hilfsmit- tel. Ab einem RB von 1.000 EUR ist ein Kostenvoranschlag einzureichen, wird kein Kostenvoranschlag einge- reicht, so reduziert sich die Erstat- tung auf 80%. ✓	✓	✓ onierte Therapieschuhe und orthopä- dische Schuhzurichtungen. Folgende Hilfsmittel sind zu 100% mit Summenbegrenzungen erstattungsfä- hig: orthopädische Schuhe (2.000 EUR), Hörhilfen (max. 1.500 EUR pro Hörhilfe) und teilimplantierte knochenverankerte Hörhilfen - BAHA-Hörhilfen - (max. 3.500 EUR). Als Hörhilfen gelten Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazu gehö- riger Ohrpaßstücke (Otoplastik); Pe- rücken bei krankhaftem Haarausfall (max. 500 EUR pro Perücke).	 ✓ mungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Syste- me zur Hemodialyse und zur Sauer- stofftherapie.
[13] Sehhilfen	✓ Ja. Sehhilfen sind einmal in zwei KJ bis 300 EUR RB erstattungsfähig. Der Erstbezug muss ärztlich verord- net sein.	✓ Ja. Brillen und Kontaktlinsen sind bis 300 EUR RB p.a. erstattungsfähig.	✓ Ja. Sehhilfen sind alle 24 Monate bis 250 EUR RB zu 100% erstattungsfä- hig.	✓ Ja. Brillen und Kontaktlinsen sind bis 400 EUR RB erstattungsfähig (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker); ab 8 Dioptrien er- höht sich dieser Betrag um 50%. Leistungsanspruch besteht nach je- weils 2 Jahren oder mind. 0,5 Diop. Sehschärfenänderung.
[299] Operative Sehschärfenkor- rektur (z.B. Lasik)	- Nein. Leistungen für operative Seh- schärfenkorrektur (z.B. Lasik) sind nicht erstattungsfähig. ----- Leistungsaussagen, die nicht AVB- Bestandteil sind (Versicherer- Information): Ja. Leistungen für refraktive chirurgi- sche Maßnahmen sind unter folgen- den Voraussetzungen erstattungsfä- hig: - Es wird ein von der Kommission Refraktiver Chirurgie (KRC) der Au- genärzte als geeignet beurteiltes Be- handlungsverfahren angewendet - Mit einem dieser Verfahren ist die Behandlung des präoperativen augenärztlichen Befundes möglich - Kontraindikation ist nicht gegeben - GOÄ-konforme Abrechnung	✓ Ja. Leistungen für operative Seh- schärfenkorrektur (z.B. Lasik) sind ohne Begrenzung erstattungsfähig.	✓ Ja. Leistungen für operative Seh- schärfenkorrektur (z.B. Lasik) sind ohne Begrenzung erstattungsfähig.	✓ Ja. Leistungen für operative Seh- schärfenkorrektur (z.B. Lasik) wer- den nach Ablauf von 2 Jahren ab Versicherungsbeginn, je Auge bis max. 2.000 EUR RB erstattet.
[317] Arznei- und Verbandmittel	✓ Ja. Arznei- und Verbandmittel sind	✓ Ja. Arznei- und Verbandmittel sind	✓ Ja. Arznei- und Verbandmittel sind	✓ Ja. Arznei- und Verbandmittel sind

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	✓ zu 100% erstattungsfähig. Für alle Arznei- und Verbandmittel (außer für Generika) ist ein Selbstbehalt in Höhe von max. 20 EUR zu zahlen.	✓ zu 100% erstattungsfähig.	✓ zu 100% erstattungsfähig. Es besteht ein Selbstbehalt in Höhe von 800 EUR je KJ.	✓ zu 100% erstattungsfähig.
[155] Heilmittel ohne abschließende Aufzählung	✓ Ja. Heilmittel sind ohne Einschränkung erstattungsfähig. Hierzu zählen beispielsweise Maßnahmen der Physikalischen, der Stimm, Sprech- und Sprach-, der Ergo- und der podologischen Therapie. Die Selbstbeteiligung beträgt pro Anwendung 20 EUR.	– Nein. Folgende Heilmittel sind zu 100% erstattungsfähig: Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder (nicht aber Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder), Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie.	– Nein. Folgende Heilmittel sind einem Heilmittelverzeichnis entsprechend erstattungsfähig: Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie sowie Podologie und die Kosten für ärztlich verordnete Hausbesuche. Die erstattungsfähigen Beträge können bis zu 30% über denen der Beihilfevorschriften des Bundes liegen. Bei Schwangerschaft, einer ambulanten oder Hausentbindung sind auch die Aufwendungen für die Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik erstattungsfähig.	✓ Ja. Folgende Heilmittel sind zu 100% erstattungsfähig: Medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen. Außerdem bei einer Schwangerschaft Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik.
[161] Logopädie	✓ Ja. Leistungen des Logopäden sind bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung erstattungsfähig. Die Selbstbeteiligung beträgt pro Anwendung 20 EUR.	✓ Ja. Logopädie ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Ja. Leistungen eines Logopäden sind nach einem Preis- und Leistungsverzeichnis zu 100% erstattungsfähig.	✓ Ja. Logopädie ist zu 100% erstattungsfähig.
[174] Ergotherapie	✓ Ja. Ergotherapie ist ohne Einschränkung erstattungsfähig. Die Selbstbeteiligung beträgt pro Anwendung 20 EUR.	✓ Ja. Ergotherapie ist ohne Einschränkung erstattungsfähig.	✓ Ja. Ergotherapie ist nach einem Preis- und Leistungsverzeichnis zu 100% erstattungsfähig.	✓ Ja. Ergotherapie ist ohne Einschränkung erstattungsfähig.
[157] Ambulante Psychotherapie	○ Ja. Ambulante Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie) durch Ärzte und psychologische Psychotherapeuten ist ohne vorherige Genehmigung bis zum Höchstsatz der GOÄ (3,5facher Satz) zu 100% erstattungsfähig, begrenzt auf max. 50 psychotherapeutische Sitzungen p.a.. Die Selbstbeteiligung beträgt pro	✓ Ja. Bei psychotherapeutischer Behandlung ist eine vorherige Genehmigung nicht vorgeschrieben; eine Sitzungszahlbegrenzung besteht nicht.	○ Ja. Eine ambulante Psychotherapie durch Ärzte ist im Rahmen der GOÄ bis zu 30 Sitzungen zu 100%, von der 31. bis zur 50. Sitzung zu 70% erstattungsfähig.	✓ Ja. Ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte und psychologische Psychotherapeuten ist ohne vorherige Genehmigung über den Höchstsätzen der GOÄ zu 85% erstattungsfähig.

# PKV für Ärzte

## Vergleich

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	○ Sitzung 20 EUR, max. 30% vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.	✓	○	✓
<b>[14] Ambulante Psychotherapie ohne vorherige Genehmigung</b>	✓ Ja. Ohne vorherige Genehmigung sind bis zu 30 ambulante psychotherapeutische Behandlungen p.a. erstattungsfähig.	✓ Ja. Bei psychotherapeutischer Behandlung ist eine vorherige Genehmigung nicht vorgeschrieben; eine Sitzungszahlbegrenzung besteht nicht.	✓ Ja. Ohne vorherige Genehmigung sind bis zu 50 Sitzungen p.a. erstattungsfähig, falls die Behandlung ärztlich ausgeführt wird.	✓ Ja. Bei psychotherapeutischer Behandlung ist eine vorherige Genehmigung nicht vorgeschrieben; eine Sitzungszahlbegrenzung besteht nicht.
<b>[160] Ambulante Psychotherapie nach PsychThG</b>	✓ Ja. Es wird für in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem PsychThG geleistet.	✓ Ja. Es wird für in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem PsychThG geleistet.	✓ Ja. Nach vorheriger Zusage können auch in eigener Praxis tätige psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden, wenn diese über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen. Bei der Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten mit GKV-Zulassung bedarf es keiner vorherigen schriftlichen Zusage.	✓ Ja. Es wird für in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem PsychThG geleistet.
<b>[5] Alternative Behandlungsmethoden</b>	✓ Ja. Erstattungsfähig analog GebÜH ist in der KKV lt. AVB u.a. die Akupressur, Akupunkturmassage, Augendiagnostik, Bach-Blüten-Therapie, Bioresonanztherapie, Blut-sedimentationstest, Clusterdiagnostik, Colon-Hydro-Therapie, CO2-Quellgas-therapie, Dermalpunkturmassage, Eigenblutbehandlung nach Garthe/mit UVB, Elektrohauttest, Elektromagnetischer Bluttest, Elektroneuraldiagnostik und -therapie nach Croon (ENTH), Farblichttherapie/Farbpunktur, Feldenkrais-Methode, Fußreflexzonentherapie, Gegsensensibilisierung nach Theurer, Haarmineralanalyse, Harnschau, traditionell, HLB-Bradford-Bluttest, Kaelin-Test, Kinesiologie, Laser-Akupunktur, Laser-Therapie (Soft-Laser und Mid-Power-Laser), Matrix-regenerationstherapie, Mikromagnetfeldtherapie, Mikroökologische Therapie, Mora-Therapie, Neobioelektrische Thera-	✓ Ja. Erstattungsfähig sind medizinisch anerkannte und in der Praxis bewährte Naturheilverfahren.	✓ Ja. Folgende Naturheilverfahren sind zu 100% erstattungsfähig: Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung oder therapeutische Lokalanästhesie.	– Nein. Für Alternativmedizin wird dann geleistet, falls die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben, wie die Schulmedizin oder angewandt werden, weil noch keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht; die Kostenerstattung kann jedoch auf den Betrag gekürzt werden, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.



Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	<p>✓</p> <p>pie (NBT), Ohrkerzenbehandlung, Regulationstherapie, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie, Sauerstoffzelt, Signaltherapien, Spenglersan-Test, Stoffwechselregulation mit STT, Terminalpunktdiagnostik, Thermoregulationsdiagnostik, Vega-Test. Die Kosten für Ayurveda, Organotherapie und Orthomolekulare werden einschließlich Diagnostik, Arzneimitteln und Physiotherapie sind bis 150 EUR p.a. zusammen erstattungsfähig.</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>	<p>—</p>
[16] Heilpraktiker	<p>✓</p> <p>Ja. Heilpraktikerleistungen umfassen die Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) sowie sonstige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (nach Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren) und können von Heilpraktikern oder Ärzten durchgeführt werden. Die Kosten sind bis zu den jeweiligen Mindestsätzen erstattungsfähig, die Selbstbeteiligung beträgt pro Behandlungstag 20 EUR.</p>	<p>—</p> <p>Nein. Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>—</p> <p>Nein. Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✓</p> <p>Ja. Heilpraktikerleistungen sind über dem Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) zu 100% erstattungsfähig.</p>
[302] Ambulante Reha-Maßnahmen	<p>—</p> <p>Nein. Die Aufwendungen für ambulante Rehabilitation sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>—</p> <p>Nein. Die Aufwendungen für ambulante Rehabilitation sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>—</p> <p>Nein. Die Aufwendungen für ambulante Rehabilitation sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✓</p> <p>Ja. Die Aufwendungen für ambulante Rehabilitation sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.</p>
[308] Ambulante Anschlussheilbehandlung	<p>—</p> <p>Nein. Die Aufwendungen für ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nicht erstattungsfähig. ----- Leistungsaussagen, die nicht AVB-Bestandteil sind (Versicherer-Information): Wenn eine Anschlussrehabilitation ambulant am Wohnort des Versicherten durchgeführt werden kann, sind die damit in Zusammenhang stehenden Kosten ärztlicher Behandlungsmaßnahmen, Arzneimittelverordnungen und Heilmittelanwendungen</p>	<p>—</p> <p>Nein. Die Aufwendungen für ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>○</p> <p>Ja. Die Aufwendungen für neurologische oder geriatrische Anschlussheilbehandlung sind nach vorheriger schriftlicher Zusage bis jeweils 200 EUR je Tag erstattungsfähig. Für alle sonstigen Anschlussheilbehandlungen werden max. 150 EUR je Tag erstattet.</p>	<p>✓</p> <p>Ja. Die Aufwendungen für ambulante Anschlussheilbehandlung sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.</p>



# PKV für Ärzte













## Vergleich



Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	— gen im Rahmen des tariflichen Leistungsanspruches erstattungsfähig.	—	○	✓
[304] Palliativversorgung	○ Ja. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, - bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen und - wenn eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden	✓ Ja. Die Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind zu 100% erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind zu 100% erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind zu 100% bis zum Betrag erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.
[324] Häusliche Krankenpflege	○ Ja. Die Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege sind nach vorheriger schriftlicher Zusage zu 100% erstattungsfähig.	○ Ja. Die Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege sind zu 100% bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.	✓ Ja. Die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind zu 100% erstattungsfähig, wenn dadurch eine notwendige stationäre Heilbehandlung vermieden oder verkürzt wird und die versicherte Person nicht durch eine im Haushalt lebende Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden kann.	✓ Ja. Die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind zu 100% erstattungsfähig, sofern sie von keiner anderen Person im Haushalt durchgeführt werden kann. Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sind für die Dauer von bis zu vier Wochen erstattungsfähig, soweit hierdurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden kann.
[4] Verzicht auf Leistungseinschränkung in einem Heilbad oder Kurort	✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.
[17] Ambulante Kuren	— Nein. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig; es wird hierfür ein separater Kurtarif angeboten.	✓ Ja. Im Rahmen einer ambulanten Kurbehandlung sind die Aufwendungen für ärztliche Heilbehandlungen und Wegegeld, Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel erstattungsfähig. Der Anspruch entsteht erstmalig nach Ablauf einer Versicherungsdauer von 2 Jahren. Ein er-	— Nein. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig; es wird hierfür ein separater Kurtarif angeboten.	✓ Ja. Bei Kuraufenthalten sind Arztkosten, Arznei- u. Verbandmittel, Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- u. sonstige physikal. Behandlungen), Kurplan und Kurtaxe zu 100% jedes 2. KJ erstattungsfähig. Bei Genesungskuren im Anschluß an einen mind. 10tägig-



Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	—	✓ neuer Anspruch entsteht im dritten darauf folgenden Kalenderjahr.	—	✓ gem KH-Aufenthalt sind ohne Kostennachweis je Kur für max. 4 Wochen zusätzlich täglich 200 EUR Genesungsgeld versichert.
[312] Ambulante Entziehungsmaßnahmen	✓ Ja. Die Aufwendungen für ambulante Entziehungsmaßnahmen (außer Nikotinsucht) sind nach vorheriger schriftlicher Zusage bis zu insgesamt 3 Maßnahmen im ambulanten oder stationären Bereich während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	✓ Ja. Die Aufwendungen für ambulante Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit (außer Nikotinsucht) sind nach vorheriger schriftlicher Zusage bis zu insgesamt 3 Maßnahmen im ambulanten oder stationären Bereich während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	✓ Ja. Die Aufwendungen für ambulante Entwöhnungsmaßnahmen (außer Nikotinsucht) sind nach vorheriger schriftlicher Zusage bis zu insgesamt 3 Maßnahmen im ambulanten oder stationären Bereich während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig. Die erste Maßnahme wird zu 100% erstattet, die zweite und dritte Maßnahme jeweils zu 70%.	✓ Ja. Die Aufwendungen für ambulante Entziehungsmaßnahmen sind bis zu insgesamt 3 Maßnahmen im ambulanten oder stationären Bereich während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und Erfolgsaussichten bestehen. Erstattungsfähig sind auch Entziehungsmaßnahmen bei nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z. B. Internetsucht, Spielsucht).
[311] Geburtsvorbereitung oder Rückbildungsgymnastik	✓ Ja. Die Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung erstattungsfähig, aber nur wenn sie von Hebammen oder Entbindungspflegern erbracht werden.	✓ Ja. Die Aufwendungen für Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik sind erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sind erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Aufwendungen für Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik sind erstattungsfähig.
[18] Zahlung einer Entbindungspauschale	— Nein. Eine Entbindungspauschale - alternativ oder zusätzlich zur Kostenerstattung einer Hausentbindung - wird nicht gezahlt.	— Nein. Eine Entbindungspauschale - alternativ oder zusätzlich zur Kostenerstattung einer Hausentbindung - wird nicht gezahlt.	— Nein. Eine Entbindungspauschale - alternativ oder zusätzlich zur Kostenerstattung einer Hausentbindung - wird nicht gezahlt.	✓ Ja. Bei Hausentbindung werden neben der Kostenerstattung 500 EUR Entbindungspauschale ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt gezahlt.
[303] Kinderwunschbehandlung	○ Ja. Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für künstliche Befruchtung nach vorheriger schriftlicher Zusage wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: -wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist -für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt -eine deutliche Erfolgsaussicht be-	✓ Ja. Erstattungsfähig sind 50% der Aufwendungen für künstliche Befruchtung wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: -die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt -die Behandlung bei einer verheirateten versicherten Person und ihrem Ehepartner erfolgt -ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden	○ Ja. Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für künstliche Befruchtung nach vorheriger schriftlicher Zusage wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: -eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person -eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit für die Herbeiführung der Schwangerschaft -die behandelnde weibliche Person unter 41 Jahre alt ist Die Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist auf höchstens 4 Versu-	— Nein. Leistungen für Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind nicht erstattungsfähig. ----- Leistungsaussagen, die nicht AVB-Bestandteil sind (Versicherer-Information): Die Aufwendungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern, künstliche Befruchtung/Insemination sind im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	 steht -die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet Die Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist auf maximal 3 Versuche begrenzt.	 -eine nach medizinischen Kriterien deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht Die Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist nach hormoneller Stimulation auf maximal 3 Versuche, im Spontanzyklus maximal 8 Versuche und bei IVF und ICSI insgesamt auf maximal 3 Behandlungszyklen (Embryotransfers) begrenzt. Für die Erstattungsfähigkeit eines Komplettzyklus bei IVF und ICSI sind die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer maßgeblich.	  che pro versicherte Person und reproduktionsmedizinischem Verfahren (z.B. Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion) begrenzt und wenn die Verfahren bereits zu 2 Geburten geführt haben.	 Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen: - die Frau hat zum Zeitpunkt der Behandlung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet - es besteht eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, die der alleinige Grund für den unerfüllten Kinderwunsch ist und nur mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann - die Behandlung erfolgt im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt - es besteht eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15 %.
[19] Vorsorgeuntersuchungen über GKV-Niveau	 Ja. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig, jedoch ohne Alterseinschränkung und ohne zeitliche Begrenzung. Die Selbstbeteiligung beträgt pro Behandlungstag 20 EUR.	 Ja. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme zu 100% und darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Check-up) zu 80% erstattungsfähig. Vorsorgeuntersuchungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.	 Ja. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme, ohne Alters- und Diagnosebeschränkung sowie ohne zeitliche Einschränkungen erstattungsfähig. Bei Inanspruchnahme von bestimmten Vorsorgeuntersuchungen (Zeitintervalle und Höchstsummen) wird im darauf folgenden Jahr jeweils eine bestimmte Pauschale gezahlt. Die Auszahlung erfolgt nach dem 30. Juni und hat keinen Einfluß auf eine Beitragsrückerstattung und einen Selbstbehalt.	 Ja. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind ohne Altersgrenzen sowie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien ohne Anrechnung auf Selbstbehalte erstattungsfähig.
[277] Schutzimpfungen	 Ja. Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (StIKo) empfohlen werden. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.	 Ja. Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (StIKo) empfohlen werden. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.	 Ja. Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (StIKo) empfohlen werden mit Ausnahme von Reise-Impfungen, Malaria-Prophylaxe sowie Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit. Schutzimpfungen gegen Hepatitis B die dem Anlass einer Reise oder der beruflichen Tätigkeit dienen, sind versichert.	 Ja. Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene Schutzimpfungen, z.B. STIKO (einschließlich Impfstoff). Schutzimpfungen aufgrund privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind. Berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedi-

# PKV für Ärzte

## Vergleich

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	✓	✓	✓	✓ zinischen Vorsorge (ArbMedVV) nicht verpflichtet ist, die Kosten der Impfung zu übernehmen. Schutzimp- fungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme ohne An- rechnung auf Selbstbehalte erstat- tungsfähig.
[145] Leistung über Regel- höchstsätze (ambulant)	✓ Ja. Erstattungsfähig sind im ambu- lanten Bereich Gebühren über die Regelhöchstsätze der Gebührenord- nung hinaus.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind im ambu- lanten Bereich Gebühren über die Regelhöchstsätze der Gebührenord- nung hinaus.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind im ambu- lanten Bereich Gebühren über die Regelhöchstsätze der Gebührenord- nung hinaus.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind im ambu- lanten Bereich Gebühren über die Regelhöchstsätze der Gebührenord- nung hinaus.
[150] Leistung über Höchstsätze (ambulant)	— Nein. Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	○ Ja. Erstattungsfähig sind Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens bis zu den Höchstsätzen der jeweils gül- tigen Gebührenordnungen. Darüber hinaus wird nur nach schriftlicher Zu- sage vor Behandlungsbeginn geleis- tet.	— Nein. Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Ja. Der Versicherer leistet ggf. im ambulanten Bereich über die Höchst- sätze der Gebührenordnungen hin- aus bis zum Rechnungsbetrag.
[147] 100% Leistung bei Direkt- konsultation Facharzt	✓ Ja. Bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes besteht der gleiche Erstattungsanspruch wie bei Inan- spruchnahme eines Primärarztes.	✓ Ja. Bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes besteht der gleiche Erstattungsanspruch wie bei Inan- spruchnahme eines Primärarztes.	✓ Ja. Bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes besteht der gleiche Erstattungsanspruch wie bei Inan- spruchnahme eines Primärarztes.	✓ Ja. Bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes besteht der gleiche Erstattungsanspruch wie bei Inan- spruchnahme eines Primärarztes.
[175] Ambulante Transportkos- ten	✓ Ja. Erstattungsfähig sind Transporte nach einem Unfall oder Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, ge- eigneten Arzt oder Krankenhaus und Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie oder wenn eine Schwerbehinderung mit Zusatz aG, BI oder H vorliegt oder bei mindestens Pflegegrad 3 mit dau- erhafter Mobilitätseinschränkung.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind Fahrten oder Transporte vom und zum nächst erreichbaren Arzt bei Unfäl- len sowie zur Versorgung von akut lebensbedrohlichen Zuständen mit einem Krankenwagen oder Rettungs- hubschrauber, einem Taxi oder pri- vaten Kfz (0,30 EUR pro km). Bei Gehunfähigkeit oder Verkehrsuntaug- lichkeit sind nach vorheriger schriftli- cher Zusage die Fahrten vom und zum behandelnden Arzt oder Kran- kenhaus mit Taxi, privaten Kfz sowie Krankenwagen erstattungsfähig.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind Kranken- transporte und Fahrten bis zu einer Entfernung von 100 km oder zum und vom nächstgelegenen geeigne- ten Krankenhaus ohne Begrenzung im Rettungswagen, Rettungshub- schrauber oder durch Transportun- ternehmen bei Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie, Gehunfähigkeit (bei Fahrten max. 50 EUR pro Fahrt), Un- fall, im Notfall, sowie die Aufwen- dungen für die Fahrten eines Notarzt- es.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind der notwen- dige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversor- gung nach einem Notfall oder Unfall sowie Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie, bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation) und bei ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) oder Pflegebedürftig- keit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 vor- liegt.
[356] ambulante Transportkos- ten bei Gehunfähigkeit	— Nein. Ambulante Transportkosten und Fahrten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	✓ Ja. Transportkosten und Fahrten sind bei ärztlich attestierter Gehunfä- higkeit und vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers von und zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker, erstattungsfähig.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Krankentransporte, zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder Kranken- haus, bei ärztlich bescheinigter Geh- unfähigkeit. Der Ersatz von Aufwen- dungen für Krankenfahrten wegen	○ Ja. Ambulante Transportkosten und Fahrten sind bei Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) erstattungsfähig.

# PKV für Ärzte

## Vergleich



Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	—	✓	✓ ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit ist für die Hin- und Rückfahrt auf insgesamt höchstens 50 Euro pro versicherte Person und Fahrt begrenzt. Jeder Arzt, Physiotherapeut oder jedes Krankenhaus innerhalb einer Ent- fernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegen.	○
<b>[357] ambulante Transportkos- ten zu Bestrahlung, Chemo und Dialyse</b>	✓ Ja. Erstattungsfähig sind, ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemothera- pie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung, maximale Erstattung für Hin- und Rückweg Selbstbeteiligung 20 Euro.	— Nein. Transportkosten zur Strahlen- oder Chemotherapie und Dialyse sind nicht erstattungsfähig.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Krankentransporte, zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder Kranken- haus. Der Ersatz von Aufwendungen für Krankenfahrten ist für die Hin- und Rückfahrt auf insgesamt höchs- tens 50 Euro pro versicherte Person und Fahrt begrenzt. Jeder Arzt, Phy- siotherapeut oder jedes Kranken- haus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgele- gen.	✓ Ja. Transportkosten und Fahrten für Hin- und Rückfahrt zur Strahlen- und Chemotherapie sowie Dialyse sind erstattungsfähig.
<b>[20] Ambulante Besonderheiten</b>	--- Ja. Die Selbstbeteiligungen betra- gen: 20 EUR je Behandlungstag bei einem Arzt, 20 EUR für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die vom behandelnden Arzt beauf- tragt werden (z.B. Labor), 20 EUR je psychotherapeutische Sitzung, max. 30% vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag 20 EUR je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. Entbindungspfle- ger, 20 EUR je Behandlungstag beim Heilpraktiker, 20 EUR je Behand- lungstag bei häuslicher Behand- lungspflege 20 EUR je Arznei- und je Verband- mittel (Ausnahme bei Generika), 20 EUR je Heilmittel an einem Behand- lungstag, 50 EUR je Hilfsmittel, 20 EUR je Krankentransport nach	--- Nein. Keine Besonderheiten.	--- Ja. Für Verbandmaterialien und Arz- neimittel gilt eine SB in Höhe von 800 EUR pro KJ.	--- Ja. Bei Schwangerschaft bzw. Ent- bindung sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bis max. 90 Tage bis 10 EUR/ Stunde (max. 75 EUR am Tag) zu 100% erstattungsfä- hig. Bei Erkrankung eines versicher- ten Kindes vor Vollendung des 12. Lebensjahres, wird für dessen Be- treuung ab dem vierten Tag der Er- krankung eine Pauschale von 200,00 EUR gezahlt.

# PKV für Ärzte

## Vergleich

















Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	<p>einem Un- oder Notfall zur ambulanten Behandlung oder in ein Krankenhaus (jeweils für Hin- und Rücktransport; Ausnahme: bei Hin- und Rückfahrten zur Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie gelten beide Fahrten als ein Transport). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr auf 5.000 EUR begrenzt (vgl. § 193 Abs. 3 VVG). Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.</p> <p>---</p>	---	---	---
[325] Privatarzt	✓ Ja. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus ist die privatärztliche Behandlung erstattungsfähig.	✓ Ja. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus ist die privatärztliche Behandlung erstattungsfähig.	✓ Ja. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus ist die privatärztliche Behandlung erstattungsfähig.	✓ Ja. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus ist die privatärztliche Behandlung erstattungsfähig.
[326] Ein- oder Zweibettzimmer	✓ Ja. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus ist die Unterkunft im Zweibettzimmer erstattungsfähig.	✓ Ja. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus ist die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer erstattungsfähig.	✓ Ja. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus ist die Unterkunft im Zweibettzimmer erstattungsfähig.	✓ Ja. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus ist die Unterkunft im Zweibettzimmer erstattungsfähig.
[21] Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Wahlleistungen	✓ Ja. Bei Verzicht auf das Zweibettzimmer 20 EUR und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 50 EUR EKHT.	✓ Ja. Ohne privatärztliche Behandlung 100 EUR Ersatz-KHT (bis Alter 21 50 EUR), bei Unterkunft im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung 135 bzw. 85 EUR EKHT. Das EKHT wird für max. 28 Tage pro Jahr bezahlt.	✓ Ja. Ohne privatärztliche Behandlung 40 EUR Ersatz-KHT, bei Unterkunft im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung 80 EUR EKHT; für Kinder bis zum vollendeten 16. LJ jeweils die Hälfte. Kein Anspruch auf das EKHT besteht bei Behandlung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation oder wenn im Krankenhaus das Zweibettzimmer keine gesondert berechenbare Unterkunft ist.	✓ Ja. Ohne privatärztliche Behandlung 25 EUR Ersatz-KHT, bei Unterkunft im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung 50 EUR EKHT.
[22] Einbettzimmer	<p><u>[T59819] COMFORT-MED (Ärzte)</u> Nein. Versichert ist die Unterkunft im Mehrbettzimmer.</p> <p><u>[T50109] SP2</u> Nein. Bei einer Unterkunft und Behandlung im Einbettzimmer sind die Kosten erstattungsfähig, die im Zweibettzimmer entstanden wären.</p>	✓ Ja. Versichert ist die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.	— Nein. Bei einer Unterkunft und Behandlung im Einbettzimmer sind die Kosten erstattungsfähig, die im Zweibettzimmer entstanden wären.	— Nein. Bei einer Unterkunft und Behandlung im Einbettzimmer sind die Kosten erstattungsfähig, die im Zweibettzimmer entstanden wären.
[146] Stationäre Psychotherapie	✓ Ja. Bei stationärer psychotherapeutischer Behandlung ist eine vorherige	✓ Ja. Bei stationärer psychotherapeutischer Behandlung ist eine vorherige	✓ Ja. Bei stationärer psychotherapeutischer Behandlung ist eine vorherige	✓ Ja. Bei stationärer psychotherapeutischer Behandlung ist eine vorherige



# PKV für Ärzte

## Vergleich

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
ohne vorherige Genehmigung	✓ Genehmigung nicht vorgeschrieben; eine Begrenzung von Behandlungstagen besteht nicht.	✓ Genehmigung nicht vorgeschrieben; eine Begrenzung von Behandlungstagen besteht nicht.	✓ Genehmigung nicht vorgeschrieben; eine Begrenzung von Behandlungstagen besteht nicht.	✓ Genehmigung nicht vorgeschrieben; eine Begrenzung von Behandlungstagen besteht nicht.
[25] Auslandsrücktransport	✓ Ja. Der med. notwendige Krankentrücktransport aus dem Ausland sowie die Überführung in die Heimat sind erstattungsfähig.	✓ Ja. Der med. notwendige Krankentrücktransport aus dem Ausland ist abzüglich 500 EUR Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✓ Ja. Der med. notwendige Krankentrücktransport aus dem Ausland inkl. Begleitperson oder wenn der voraussichtliche Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage dauert, sowie die Überführung in die Heimat oder Bestattung am Sterbeort im Todesfall sind erstattungsfähig.	✓ Ja. Der medizinisch notwendige Auslandsrücktransport per Ambulanzzug bzw. bis zum 5fachen Erste-Klasse-Linienflugpreis ist, vermindert um die üblichen Fahrtkosten, erstattungsfähig. Verstirbt die versicherte Person im Ausland, so sind die Kosten der Überführung bis zu dem 5fachen Kosten eines Fluges 1. Klasse bzw. die Bestattungskosten in entsprechender Höhe erstattungsfähig.
[23] Wahlleistungen für Begleitperson	– Nein. Versichert ist die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen (Regelleistung).	– Nein. Versichert ist die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen (Regelleistung).	– Nein. Versichert ist die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen (Regelleistung) bis Alter 10.	✓ Ja. Wenn neben dem versicherten Kind (bis zum vollendeten 10. LJ) ein Elternteil als Begleitperson stationär mit aufgenommen wird, sind auch die gesondert berechenbaren Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson erstattungsfähig.
[300] Stationäre Reha-Maßnahmen	– Nein. Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitation sind nicht erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Aufwendungen für medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung, gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen als Wahlleistung sind im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation erstattungsfähig.	– Nein. Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitation sind nicht erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitation sind erstattungsfähig, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Bei Nutzung eines möglichen Kooperationspartners zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes (längstens jedoch für drei Wochen) ein KHT in Höhe von 25 EUR pro Tag.
[309] Stationäre Anschlussheilbehandlung	✓ Ja. Die Aufwendungen für eine stationäre Anschlussrehabilitation sind erstattungsfähig, soweit für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand, die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird, die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und zwischen Entlassung aus	✓ Ja. Die Aufwendungen für medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung, gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen als Wahlleistung im Rahmen einer stationären Anschlussheilbehandlung sind erstattungsfähig.	○ Ja. Die Aufwendungen für eine stationäre Anschlussheilbehandlung sind nach vorheriger schriftlicher Zusage erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Aufwendungen für eine stationäre Anschlussheilbehandlung sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Bei Nutzung eines möglichen Kooperationspartners zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes (längstens jedoch für drei Wochen) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25,00 EUR pro Tag.

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	 dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als 2 Wochen liegen.			
[124] Gemischte Krankenanstalten ohne schriftliche Zusage	 Ja. Der Versicherer leistet auch für Behandlungen in gemischten Krankenanstalten, wenn es sich um eine Notfalleinweisung, es sich um das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des VN handelt oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt.	 Ja. Der Versicherer leistet auch für Behandlungen in gemischten Krankenanstalten, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt und die gemischte Krankenanstalt das nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist.	 Ja. Der Versicherer leistet auch für Behandlungen in gemischten Krankenanstalten, wenn es sich um eine Notfalleinweisung, es sich um das einzige Versorgungskrankenhaus im Umkreis von 20 km vom Wohnort des VN handelt oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat sowie wenn bei TBC-Erkrankungen eine stationäre Behandlung in TBC-Heilstätten oder Sanatorien erfolgt.	 Ja. Der Versicherer leistet auch für Behandlungen in gemischten Krankenanstalten, wenn ausschließlich med. notwendige Behandlungen durchgeführt wurden, die eine stat. Behandlung erforderten, es sich um eine Notfalleinweisung, es sich um das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des VN handelt oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat.
[27] Stationäre Kuren	 <u>[T59819] COMFORT-MED (Ärzte)</u> Nein. Die Kosten stationärer Kuren sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig; es wird hierfür ein separater Kurtarif angeboten. <u>[T50109] SP2</u> Nein. Die Kosten stationärer Kuren sind nicht erstattungsfähig.	 Ja. Erstattungsfähig sind stationäre Kuren und Sanatoriumsbehandlungen alle 3 Jahre (erstmalig nach 24 Monaten) bis zu 50 EUR täglich.	 Nein. Die Kosten stationärer Kuren sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig; es wird hierfür ein separater Kurtarif angeboten.	 Ja. Bei Kuraufenthalten sind Arztkosten, Arznei- u. Verbandmittel, Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- u. sonstige physikal. Behandlungen), Kurplan und Kurtaxe zu 100% jedes 2. KJ erstattungsfähig. Bei Genesungskuren im Anschluß an einen mind. 10tägigen KH-Aufenthalt sind ohne Kostennachweis je Kur für max. 4 Wochen zusätzlich täglich 200 EUR Genesungsgeld versichert.
[313] Stationäre Entziehungsmaßnahmen	 Ja. Die Aufwendungen für stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer Nikotinsucht) sind nach vorheriger schriftlicher Zusage bis zu insgesamt 3 Maßnahmen im ambulanten oder stationären Bereich während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Erstattungsfähig sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen.	 Ja. Die Aufwendungen für stationäre Suchtentwöhnungen bei Substanzabhängigkeit (außer Nikotinsucht) sind nach vorheriger schriftlicher Zusage bis zu insgesamt 3 Maßnahmen im ambulanten oder stationären Bereich während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen.	 Ja. Die Aufwendungen für stationäre Entwöhnungsmaßnahmen (außer Nikotinsucht) sind nach vorheriger schriftlicher Zusage bis zu insgesamt 3 Maßnahmen im ambulanten oder stationären Bereich während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig. Die erste Maßnahme wird zu 100% erstattet, die zweite und dritte Maßnahme jeweils zu 70%. Die Erstattung ist begrenzt auf den nach § 111 Absatz 5 SGB V maßgeblichen Tagessatz. Erstattungsfähig.	 Ja. Die Aufwendungen für stationäre Entziehungsmaßnahmen sind bis zu insgesamt 3 Maßnahmen im ambulanten oder stationären Bereich während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und Erfolgsaussichten bestehen. Erstattungsfähig sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen. Erstattungsfähig sind auch Entziehungsmaßnahmen bei nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z. B. Internet-sucht, Spielsucht).



# PKV für Ärzte

## Vergleich

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	✓	✓	✓	✓
[305] Hospizversorgung	○ Ja. Erstattungsfähig sind nach schriftlicher Zusage des VR zu 100% die Aufwendungen für die Versorgung in einem Hospiz.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind zu 100% die Aufwendungen für die Versorgung in einem Hospiz bis zur Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind zu 100% die Aufwendungen für die Versorgung in einem Hospiz.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind zu 100% die Aufwendungen für die Versorgung in einem Hospiz bis zur Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.
[310] Privatklinik	✓ Ja. Die Tarifleistungen werden auch in Krankenhäusern erstattet, welche nicht nach KHEntg bzw. BpflV abrechnen.	○ Ja. Erstattet werden die allgemeinen Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, welche nicht nach KHEntg bzw. BpflV abrechnen, bis max. 125% der Kosten einer vergleichbaren Versorgung eines Krankenhauses (dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik), welches nach KHEntg bzw. BpflV abrechnet.	○ Ja. Erstattet werden nach vorheriger Zusage die allgemeinen Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, welche nicht nach KHEntg bzw. BpflV abrechnen, bis max. 150% der Kosten, die in einem vergleichbaren geeigneten Krankenhaus (z.B. nächstliegende Universitätsklinik), welches nach KHEntg bzw. BpflV abrechnet, entstanden wären. Bei einem Notfall entfällt die Begrenzung.	✓ Ja. Die Tarifleistungen werden auch in Krankenhäusern erstattet, welche nicht nach KHEntg bzw. BpflV abrechnen.
[28] Stationäre Transportkosten	✓ Ja. Erstattungsfähig sind Krankentransporte mit speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus. Die Selbstbeteiligung beträgt 20 EUR je Transport.	✓ Ja. Der Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✓ Ja. Der med. notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom Krankenhaus ist bis zu einer Entfernung von 100 km oder zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ohne Begrenzung erstattungsfähig.	✓ Ja. Der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.
[149] Leistung über Höchstsätze (stationär)	✓ Ja. Der Versicherer leistet im stationären Bereich ggf. auch über die Höchstsätze der Gebührenordnungen hinaus bis zum Rechnungsbetrag.	○ Ja. Erstattungsfähig sind Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen. Darüber hinaus wird nur nach schriftlicher Zusage vor Behandlungsbeginn geleistet.	✓ Ja. Bei stationärer Behandlung werden Abdingungen tariflich bis zum 5 fachen Satz für vom Chefarzt erbrachte Leistungen anerkannt. Die Aufwendungen für belegärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✓ Ja. Der Versicherer leistet im stationären Bereich ggf. auch über die Höchstsätze der Gebührenordnungen hinaus bis zum Rechnungsbetrag.
[29] Stationäre Besonderheiten	--- [T59819] COMFORT-MED (Ärzte) Ja. Die Selbstbeteiligungen betragen: 20 EUR je Behandlungstag für max. 14 Behandlungstage je vollstationärem Aufenthalt sowie 20 EUR je Fahrt eines med. notwendigen Krankentransportes (separat für Hin- und Rückfahrt). Die Summe aller Selbstbehalte für	--- Nein. Keine Besonderheiten.	--- Ja. Der Tarif enthält Leistungen für Organtransplantationen. Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V.	--- Nein. Keine Besonderheiten.

# PKV für Ärzte

## Vergleich

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr auf 5.000 EUR begrenzt (vgl. § 193 Abs. 3 VVG). [T50109] SP2 Nein. Keine Besonderheiten.	---	---	---
[30] Zahnbehandlung	✓ Ja. Die Kosten für Zahnbehandlung sind zu 100% erstattungsfähig.	✓ [T51650] A101 (Ärzte) Ja. Die Kosten für Zahnbehandlung sind zu 80% des Rechnungsbetrages erstattungsfähig. [T51667] Z80 Ja. Die Kosten für Zahnbehandlung sind zu 20% des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Kosten für Zahnbehandlung (einschließlich professioneller Zahnreinigung) sind zu 100% des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Kosten für Zahnbehandlung, -prophylaxe (einschl. professionelle Zahnreinigung) sind zu 100% des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.
[177] Prothesen, Brücken und Kronen	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Prothesen, Brücken und Kronen sind zu 80% des RB erstattungsfähig.	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Prothesen, Brücken und Kronen sind zu 80% des RB erstattungsfähig.	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Prothesen, Brücken und Kronen sind zu 75% des RB erstattungsfähig.	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Prothesen, Brücken und Kronen sind zu 85% des RB erstattungsfähig.
[178] Inlays	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays sind zu 80% des RB erstattungsfähig.	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays sind zu 80% des RB erstattungsfähig.	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays sind zu 75% erstattungsfähig.	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays sind zu 100% des RB erstattungsfähig.
[179] Implantate	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Implantate (max. 6 Stück je Kiefer) sind zu 80% des RB erstattungsfähig.	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Implantate sind zu 80% des RB erstattungsfähig.	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Implantate (max. 6 Stück je Kiefer) sind zu 75% des RB erstattungsfähig.	✓ Ja. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Implantate sind zu 85% erstattungsfähig.
[318] Kieferorthopädie	✓ Ja. Die Aufwendungen für Kieferorthopädie sind zu 80% erstattungsfähig.	✓ Ja. Die Aufwendungen für Kieferorthopädie sind zu 80% erstattungsfähig.	○ Ja. Die Aufwendungen für Kieferorthopädie sind bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zu 75% erstattungsfähig. Die Altersbegrenzung gilt nicht bei Unfällen und bei Vorliegen folgender Erkrankungen (im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgischen Behandlung): - angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer - skelettale Dysgnathie - verletzungsbedingte Kieferfehlstellung	✓ Ja. Die Aufwendungen für Kieferorthopädie sind zu 85% erstattungsfähig.
[314] Professionelle Zahnreinigung	✓ Ja. Professionelle Zahnreinigung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ [T51650] A101 (Ärzte) Ja. Professionelle Zahnreinigung ist zu 80% bis zu zweimal im Kalenderjahr erstattungsfähig. [T51667] Z80	✓ Ja. Professionelle Zahnreinigung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Ja. Professionelle Zahnreinigung ist zu 100% ohne Anrechnung auf Selbstbehalte erstattungsfähig.

# PKV für Ärzte

## Vergleich



Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	✓	✓ Ja. Professionelle Zahnreinigung ist zu 20% bis zu zweimal im Kalenderjahr erstattungsfähig.	✓	✓
[182] Konstanter Erstattungsprozentsatz ohne Prophylaxe	✓ Ja. Die Erstattungssätze bleiben ohne regelmäßig nachgewiesene Vorsorge/Prophylaxe konstant.	✓ Ja. Die Erstattungssätze bleiben ohne regelmäßig nachgewiesene Vorsorge/Prophylaxe konstant.	✓ Ja. Die Erstattungssätze bleiben ohne regelmäßig nachgewiesene Vorsorge/Prophylaxe konstant.	✓ Ja. Die Erstattungssätze bleiben ohne regelmäßig nachgewiesene Vorsorge/Prophylaxe konstant.
[193] Konstanter Erstattungsprozentsatz unabhängig der Höhe des Rechnungsbetrages	✓ Ja. Der Erstattungsprozentsatz bleibt unabhängig vom Rechnungsbetrag konstant.	✓ Ja. Der Erstattungsprozentsatz bleibt unabhängig vom Rechnungsbetrag konstant.	✓ Ja. Der Erstattungsprozentsatz bleibt unabhängig vom Rechnungsbetrag konstant.	✓ Ja. Der Erstattungsprozentsatz bleibt unabhängig vom Rechnungsbetrag konstant.
[33] Verzicht auf anfängliche Summenbegrenzungen	— <u>[T59819] COMFORT-MED (Ärzte)</u> Nein. Die Erstattung für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Implantate und augmentative Behandlung ist im 1. Kalenderjahr auf 1.000 EUR Tarifleistung, im 1. bis 2. KJ auf 2.000 EUR TL, im 1. bis 3. KJ auf 3.000 EUR TL, im 1. bis 4. KJ auf 4.000 EUR TL und im 1. bis 5. KJ auf 5.000 EUR TL begrenzt. Ab dem 6. KJ. ist der Erstattungsbetrag auf 10.000 EUR TL für 2 aufeinanderfolgende KJ begrenzt. Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall. <u>[T50109] SP2</u> Nein. Der Tarif enthält keine Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie.	— <u>[T51650] A101 (Ärzte)</u> Ja. Höchstbeträge für Zahnbehandlung sind in den ersten Versicherungsjahren nicht vorgesehen. <u>[T51663] S201</u> Nein. Der Tarif enthält keine Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie. <u>[T51667] Z80</u> Nein. Zahnersatz und Kieferorthopädie sind in den ersten 3 Kalenderjahren bis insgesamt 3.000 EUR Rechnungsbetrag erstattungsfähig; ohne Begrenzung aufgrund eines Unfalls.	— Nein. Die Erstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist, außer bei Unfällen, begrenzt auf - 750 EUR in den ersten 12 Monaten, - 1.500 EUR in den ersten 24 Monaten, - 2.250 EUR in den ersten 36 Monaten und - 3.000 EUR während der ersten 48 Monate	✓ Ja. Höchstbeträge sind in den ersten Versicherungsjahren nicht vorgesehen.
[183] Verzicht auf generelle Summenbegrenzungen	— <u>[T59819] COMFORT-MED (Ärzte)</u> Nein. Die Erstattung ist nach Ablauf der Zahnstaffel analog des versicherten Prozentsatzes aus 10.000 EUR für jeweils 2 KJ begrenzt. Die Begrenzung entfällt bei Unfall. <u>[T50109] SP2</u> Nein. Der Tarif enthält keine Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie.	— <u>[T51650] A101 (Ärzte)</u> Ja. Bei Zahnbehandlungen sind über die gesamte Laufzeit des Vertrages keine Höchsterstattungsbeträge vorgesehen. <u>[T51663] S201</u> Nein. Der Tarif enthält keine Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie. <u>[T51667] Z80</u> Nein. Die Erstattung ist nach Ablauf der Zahnstaffel auf 20.000 EUR Rechnungsbetrag je KJ begrenzt. Die Begrenzung entfällt bei Unfall.	✓ Ja. Im Zahnbereich sind über die gesamte Laufzeit des Vertrages keine Höchsterstattungsbeträge vorgesehen.	✓ Ja. Im Zahnbereich sind über die gesamte Laufzeit des Vertrages keine Höchsterstattungsbeträge vorgesehen.
[34] Voller Leistungsanspruch	— <u>[T59819] COMFORT-MED (Ärzte)</u>	✓ Ja. Die Vorlage eines Heil- und Kos-	✓ Ja. Die Vorlage eines Heil- und Kos-	— Nein. Bei Zahnersatz und Kieferor-

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
ohne Vorlage Heil- und Kostenplan	— Nein. Bei Zahnersatz, Implantaten, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen; ansonsten sind 50% der Tarifierleistung erstattungsfähig. [T50109] SP2 Nein. Der Tarif enthält keine Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie.	↑ ✓ tenplanes ist nicht zwingend vorgeschrieben.	↑ ✓ tenplanes ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird aber bei Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen sowie Kieferorthopädie empfohlen.	↑ — thopädie ist ab EUR 1.500 Rechnungsbetrag vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, ansonsten erfolgt für den EUR 1.500 übersteigenden Teil vorab eine Kürzung um 50%.
[148] Leistung über Höchstsätze (dental)	— [T59819] COMFORT-MED (Ärzte) Nein. Im zahnärztlichen Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. [T50109] SP2 Nein. Der Tarif enthält keine Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie.	○ Ja. Erstattungsfähig sind Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen.	— Nein. Erstattungsfähig sind Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen.	✓ Ja. Der Versicherer leistet im Zahnbereich ggf. auch über die Höchstsätze der Gebührenordnungen hinaus bis zum Rechnungsbetrag.
[84] Dentale Besonderheiten	--- [T59819] COMFORT-MED (Ärzte) Ja. Die Selbstbeteiligung beträgt: 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt. Die Summe der Selbstbeteiligungen im Zahnbereich werden nicht auf den maximalen SB angerechnet. [T50109] SP2 Nein. Der Tarif enthält keine Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie.	--- [T51650] A101 (Ärzte), [T51667] Z80 Nein. Keine Besonderheiten. [T51663] S201 Nein. Der Tarif enthält keine Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie.	--- Ja. Material- und Laborkosten sind nach einem Preis- u. Leistungsverzeichnis erstattungsfähig. Behandlungen in privaten Zahnkliniken sind nach Vorlage eines Heil- und Kostenplanes und schriftlicher Zusage erstattungsfähig.	--- Nein. Keine Besonderheiten.
[322] Verzicht auf allgemeine Wartezeit	✓ Ja. Die allgemeinen Wartezeiten entfallen.	— Nein. Es besteht kein genereller Verzicht auf die allgemeinen Wartezeiten.	✓ Ja. Die allgemeinen Wartezeiten entfallen.	✓ Ja. Die allgemeinen Wartezeiten entfallen.
[323] Verzicht auf besondere Wartezeiten	✓ Ja. Die besonderen Wartezeiten entfallen.	○ Ja. Bei Psychotherapie entfallen die besonderen Wartezeiten.	✓ Ja. Die besonderen Wartezeiten entfallen.	✓ Ja. Die besonderen Wartezeiten entfallen.
[6] Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland länger als ein Monat	✓ Ja. Es besteht für 6 Monate weltweit Versicherungsschutz, ohne daß es einer besonderen Vereinbarung bedarf. Bei notwendiger Ausdehnung der Heilbehandlung im Ausland wird Versicherungsschutz solange gewährt, bis die Rückreise möglich ist.	○ Ja. Es besteht für 6 Wochen weltweit Versicherungsschutz, ohne daß es einer besonderen Vereinbarung bedarf. Bei notwendiger Ausdehnung der Heilbehandlung im Ausland wird Versicherungsschutz solange gewährt, bis die Rückreise möglich ist.	✓ Ja. Es besteht für 6 Monate weltweit Versicherungsschutz, ohne daß es einer besonderen Vereinbarung bedarf. Bei notwendiger Ausdehnung der Heilbehandlung im Ausland wird Versicherungsschutz solange gewährt, bis die Rückreise möglich ist.	○ Ja. Es besteht für 3 Monate weltweit Versicherungsschutz, ohne daß es einer besonderen Vereinbarung bedarf. Bei notwendiger Ausdehnung der Heilbehandlung im Ausland wird Versicherungsschutz solange gewährt, bis die Rückreise möglich ist.
	—	—	○	✓

# PKV für Ärzte

## Vergleich



Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
<b>[307] Verzicht der Begrenzung auf das Inlandskostenniveau</b>	Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den EWR oder die Schweiz ist der VR höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. —	Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den EWR ist der VR höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. —	Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den EWR ist die Leistung nicht auf die Höhe begrenzt, die der VR bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Die im Ausland entstandenen Aufwendungen sind zu den ortsüblichen Sätzen erstattungsfähig. ○	Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU, den EWR oder die Schweiz ist die Leistung nicht auf die Höhe begrenzt, die der VR bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. ✓
<b>[306] Vertragsfortführung bei Verzug außerhalb der EU</b>	Ja. Das Versicherungsverhältnis endet nicht bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die Schweiz. ○	Ja. Bei beruflich bedingten Aufenthalten außerhalb der EU bzw. dem EWR kann der VN gegen Zahlung eines Zuschlags die Fortführung verlangen, solange eine Vollversicherung besteht. Der Zuschlag kann im Abstand von fünf Jahren überprüft und angepasst werden. ○	Ja. Das Versicherungsverhältnis wird für höchstens 5 ununterbrochene Jahre fortgesetzt, sofern die Fortsetzung vor der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird. Hierbei kann ein Zuschlag verlangt werden. ✓	Ja. Das Versicherungsverhältnis endet nicht bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: 1. Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen. 2. Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird. ○
<b>[319] Versicherungsschutz bei Kriegsereignissen im Ausland</b>	Ja. Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht worden sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reise-warnung ausgesprochen hat. Wird ○	Ja. Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht worden sind, wenn diese nicht vorhersehbar waren und eine Ausreise in ein anderes Land nicht möglich ist. ○	Ja. Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht worden sind, wenn die versicherte Person vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten ○	Ja. Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht worden sind, sofern sich die versicherte Person nicht aktiv an Kriegsereignissen beteiligt. ✓

# PKV für Ärzte

## Vergleich



Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	<p>○ eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.</p>	○	○ hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Als überraschend gilt jeder Fall, in dem das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung veröffentlicht hat.	✓
<b>[321] Versicherungsschutz bei Terrorereignissen im Ausland</b>	<p>✓ Ja. Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, die durch Terrorereignisse im Ausland verursacht worden sind.</p>	○ Ja. Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, die durch Terrorereignisse im Ausland verursacht worden sind, wenn diese nicht vorhersehbar waren und eine Ausreise in ein anderes Land nicht möglich ist.	✓ Ja. Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, die durch Terrorereignisse im Ausland verursacht worden sind.	✓ Ja. Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, die durch Terrorereignisse im Ausland verursacht worden sind.
<b>[320] Assistenceleistungen</b>	<p>— Nein. In diesem Tarif sind bedingungsgemäß keine Assistenceleistungen versichert.</p> <p>-----</p> <p>Leistungsaussagen, die nicht AVB-Bestandteil sind (Versicherer-Information):</p> <p>Der Versicherer erbringt folgende Assistenceleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztliche Beratung bei Krankheitsfällen, Unfällen oder zu medizinischen Fragen</li> <li>- Medikamentenberatung</li> <li>- Organisation von medizinisch notwendigen Krankentransporten</li> <li>- Hilfe bei der Vermittlung von geeigneten Behandlungsplätzen</li> <li>- Hilfe bei der Beschaffung von Befunden oder sonstigen Untersuchungsergebnissen</li> <li>- Auskünfte zu ambulanten oder stationären Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>- Erstellung Reisegesundheitsbriefen</li> <li>- Ärztliche Beratung und Organisation der medizinischen Versorgung bei Auslandsaufenthalten</li> <li>- Organisation eines notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland</li> <li>- Benachrichtigung von Angehörigen</li> <li>- Organisation von Kinderbetreuung und Abwesenheitsbetreuung bei stationärer Krankenhausbehandlung</li> </ul>	<p>— Nein. In diesem Tarif sind bedingungsgemäß keine Assistenceleistungen versichert.</p>	<p>✓ Ja. Der Versicherer erbringt unter anderem folgende Beratung und Vermittlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen</li> <li>- Nennung und Vermittlung von Ärzten und Kliniken im Ausland</li> <li>- Dolmetscher-Service</li> <li>- Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Informationsvermittlung zwischen Ärzten</li> <li>- Angehörigeninformation</li> <li>- Kostenübernahmegarantie und Direkt-Abrechnung</li> <li>- Organisation Krankenrücktransport aus dem Ausland</li> <li>- Vermittlung von Spezialisten</li> <li>- Service bei Behandlungsfehlern</li> </ul>	<p>— Nein. In diesem Tarif sind bedingungsgemäß keine Assistenceleistungen versichert.</p> <p>-----</p> <p>Leistungsaussagen, die nicht AVB-Bestandteil sind (Versicherer-Information):</p> <p>Barmenia-Kunden haben die Möglichkeit, das medizinische Beratungstelefon Barmenia-MediLine zu nutzen. Die MediLine beantwortet weltweit medizinische Fragen exklusiv für Barmenia-Kunden an 365 Tagen rund um die Uhr unter Tel.: 0202-438-4488 oder Fax: 0202-43844889.</p>



# PKV für Ärzte

## Vergleich

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	<p>—</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation einer Haushaltshilfe bei nachstationärer Betreuung</li> <li>- Bereitstellung/Organisation eines Hausnotrufgerätes</li> </ul>	—	✓	—
[8] Mindestvertragsdauer	<p>---</p> <p>Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.</p>	<p>---</p> <p>Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.</p>	<p>---</p> <p>Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.</p>	<p>---</p> <p>Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.</p>
[119] Option auf Höherversicherung	<p>—</p> <p>Nein. Zusätzlich ist ein Optionstarif zur Höherversicherung abschließbar.</p>	<p>—</p> <p>Nein. Keine Option auf Höherversicherung.</p>	<p>✓</p> <p>Ja. Optionsrecht zum 01. Januar des 6. oder 8. Versicherungsjahres nach Versicherungsbeginn in Tarife der Tarif-Serie Ärzte ohne Risikoprüfung und Wartezeiten bei Antragstellung mit Monatsfrist und erstmaliger Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer. Maximale Umstellung bis vollendetem 52. LJ.</p>	<p>✓</p> <p>Ja. Option auf einen Wechsel nach dem 3., 5. oder 7. Versicherungsjahr und innerhalb von 15 VJ bei bestimmten Ereignissen (Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes, Wechsel der beruflichen Tätigkeit, Entsendung ins Ausland) ohne Risikoprüfung und Wartezeiten in einen verkaufsoffenen Tarif mit höheren Leistungen. Eine Umstellung erfolgt zum 1. des Folgejahres. Option insgesamt zweimal auf Rückumstellung innerhalb von 2 VJ nach Reduzierung des Versicherungsschutzes. Option auf Hinzuvversicherung eines Krankentagegeldes nach beendetem Studium ohne Risikoprüfung und Wartezeiten ab dem 15. bzw. 43. Tages bis zur Höhe des Nettoeinkommens, max 130% des höchsten Krankengeldes der GKV für Arbeitnehmer. Option auf Hinzuvversicherung des Tarifes WSU ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten (bei Beantragung vor dem Auslandsaufenthalt) für die Dauer eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.</p>
[169] Kinder-Alleinversicherung	<p>✓</p> <p>Ja. Im Tarif COMFORT-MED sind Kinder von Ärzten/Studenten der Human- und Zahnmedizin alleine versicherbar.</p>	<p>✓</p> <p>Ja. Kinder sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung alleine versicherbar, sofern ein Mindestbeitrag von 5,00 EUR erreicht</p>	<p>✓</p> <p>Ja. Kinder sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung ab Vollendung des 2. Lebensjahres alleine mit der altersentsprechenden</p>	<p>✓</p> <p>Ja. Kinder sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung alleine versicherbar, wenn der als Arzt tätige Elternteil der VN ist.</p>



# PKV für Ärzte

## Vergleich



Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	✓	✓ wird.	✓ U-Untersuchung versicherbar.	✓
[171] Beitragsfreiheit bei Elternzeit oder Geburtspauschale	— Nein. Der Versicherer gewährt keine Beitragsfreiheit bei Anspruch auf Elternzeit/Elterngeld oder eine Summenpauschale bei Geburt eines Kindes.	— Nein. Der Versicherer gewährt keine Beitragsfreiheit bei Anspruch auf Elternzeit/Elterngeld oder eine Summenpauschale bei Geburt eines Kindes.	— Nein. Der Versicherer gewährt keine Beitragsfreiheit bei Anspruch auf Elternzeit/Elterngeld oder eine Summenpauschale bei Geburt eines Kindes.	✓ Ja. Bei Bezug von Elterngeld wird für die Dauer des Bezuges, längstens aber für 6 Monate, der Tarif beitragsfrei weitergeführt. Ein Anspruch besteht dann, wenn die Person zuvor mindestens 8 Monate im Tarif versichert war. Die Beitragsfreiheit gilt für den Tarifbeitrag inkl. gesetzlichem Zuschlag und eines ggf. zu zahlenden Risikozuschlages.
[40] Beitragsentlastung im Alter möglich	✓ Ja. Zusätzlich ist ein Vorsorgetarif zur Beitragssenkung im Alter versicherbar.	— Nein. Es werden keine weiteren Maßnahmen zur Beitragsentlastung im Alter angeboten.	✓ Ja. Zusätzlich ist ein Vorsorgetarif zur Beitragssenkung im Alter versicherbar.	✓ Ja. Zusätzlich ist ein Vorsorgetarif zur Beitragssenkung im Alter versicherbar.
[41] Beitragsrückerstattung	--- Bei 2 Kalenderjahren Leistungsfreiheit im gesamten Tarif wird 1 Monatsbeitrag, bei 3 KJ 2 MB, bei 4 KJ 3 MB und ab 5 KJ 4 MB durchschnittlichen Monatsbeitrages zurückerstattet.	--- [T51650] A101 (Ärzte), [T51667] Z80 In den ambulanten und zahnärztlichen Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung wird bei 1 leistungsfreien Kalenderjahr 15%, bei 2 KJ 25%, bei 3 KJ 30%, bei 4 KJ 35% und bei 5 KJ 40% der monatlichen Beitragsrate für den ambulanten und zahnärztlichen Versicherungsteil als Rückerstattung gezahlt. Nicht leistungsfreie Jahre vermindern die BR-Stufe des Vorjahres um zwei Stufen. Personen, die 2018 erstmals eine Voll-KV beim VR abschließen und keine Leistungen beanspruchen, erhalten sofort 10% der berücksichtigungsfähigen Beitragsrate als Rückerstattung. Die Beitragsraten in den Ausbildungstarifen werden zu 70% bei der Berechnung der Beitragsrückerstattung berücksichtigt. Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen bleiben bei der BRE unberücksichtigt. Alle Vollversicherten erhalten eine sofortige Rückerstattung in Höhe	--- Es wird folgende Beitragsrückerstattung gezahlt: Für 1 leistungsfreies Kalenderjahr 15%, für das 2. leistungsfreie KJ in Folge 20%, für das 3. leistungsfreie KJ in Folge 25% und ab dem 4. leistungsfreien KJ in Folge 30% des Jahresbeitrags. Bei Kindern und Jugendlichen werden für jedes leistungsfreie Jahr bis zum vollendeten 21. LJ 35% Beitragsrückerstattung gezahlt. Für unterjährige Beginne wird eine anteilige BRE gezahlt. Der Beitragsanteil für die Vorsorgekomponente V ist nicht BRE-berechtigt.	--- Bei 1 KJ Leistungsfreiheit 1 MB, bei 2 KJ 1,5 MB, bei 3 KJ 2 MB, bei 4 KJ 2,5 MB und ab 5 KJ Leistungsfreiheit in der Krankheitskostenversicherung 3 MB BRE aus dem Kompakttarif. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Hausentbindung, Zahnprophylaxe und Schutzimpfungen haben keine Auswirkung auf die BRE.

# PKV für Ärzte

## Vergleich



Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	---	von 5% der Tarifbeiträge, falls eine Einzugsermächtigung erteilt wird und im Jahreszeitraum 1.9.17 - 31.8.18 max. 2 Anträge auf Kosten- erstattung gestellt werden. [T51663] S201 --- Ja. Alle Vollversicherten erhalten eine sofortige Rückerstattung in Höhe von 5% der Tarifbeiträge, falls eine Einzugsermächtigung erteilt wird und im Jahreszeitraum 1.9.17 - 31.8.18 max. 2 Anträge auf Kosten- erstattung gestellt werden.	---	---
[125] Garantierte Beitragsrückerstattung	✓ Ja. Nach einem leistungsfreien Jahr im gesamten Tarif werden 2 Monatsbeiträge (MB) garantierte Beitragsrückerstattung gezahlt.	--- Nein. Der Tarif sieht keine garantierte Beitragsrückerstattung vor.	--- Nein. Der Tarif sieht keine garantierte Beitragsrückerstattung vor.	--- Nein. Der Tarif sieht keine garantierte Beitragsrückerstattung vor.
[42] Verminderter Selbstbehalt für Kinder/Jugendliche	--- Nein. Bei Kindern und Jugendlichen gelten keine verminderten Selbstbeteiligungen.	--- Nein. Der Tarif sieht generell keine Selbstbeteiligung vor.	--- Nein. Der Tarif sieht generell keine Selbstbeteiligung vor.	--- Nein. Bei Kindern und Jugendlichen gelten keine verminderten Selbstbeteiligungen.
[327] Verzicht auf unübliche Einschränkungen	✓ Ja. Die Versicherungsbedingungen enthalten keine unüblichen Einschränkungen, Klauseln, Melde- oder Mitwirkungspflichten noch unübliche Leistungsausschlüsse.	✓ Ja. Die Versicherungsbedingungen enthalten keine unüblichen Einschränkungen, Klauseln, Melde- oder Mitwirkungspflichten noch unübliche Leistungsausschlüsse.	✓ Ja. Die Versicherungsbedingungen enthalten keine unüblichen Einschränkungen, Klauseln, Melde- oder Mitwirkungspflichten noch unübliche Leistungsausschlüsse.	✓ Ja. Die Versicherungsbedingungen enthalten keine unüblichen Einschränkungen, Klauseln, Melde- oder Mitwirkungspflichten noch unübliche Leistungsausschlüsse.
[11] Allgemeine Besonderheiten	--- Ja. Bei Leistungsanspruchnahme im ambulanten, stationären und Zahnbereich werden fallbezogene Selbstbeteiligungen fällig. Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr auf 5.000 EUR begrenzt (vgl. § 193 Abs. 3 VVG).	--- Nein. Keine Besonderheiten.	--- Ja. Absicherung von Lebendorganspendern in folgendem Umfang: Voruntersuchungen, stationäre Behandlung und die Nachbetreuung, angemessene Fahrt- und Reisekosten zum nächstgelegenen Behandlungsort, der Verdienstausschlag, der Ausfall von Sozialversicherungsbeiträgen usw. Bei geplanter Behandlung im Ausland reduziert sich die Erstattung um 20%, wenn die Behandlung nicht in der EU oder EWR durchgeführt wird. Die 20% werden nicht abgezogen, wenn die Behandlung in Deutschland nicht oder nur teil-	--- Ja. Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 besteht für die Dauer der Pflegebedürftigkeit Beitragsfreiheit und ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen stat. Krankenhausaufenthaltes für die weitere Verweildauer ebenso.

# PKV für Ärzte

## Vergleich

Anbieter	Continentale COMFORT-MED (Ärzte), SP2, PVN	LKH A101 (Ärzte), S201, Z80, PVN	Allianz Ärzte Plus 100 (Ärzte), PVN	Barmenia VHV2C+ (Ärzte), PVN
	---	---	weise durchgeführt werden kann oder die Kostenübernahme vorher schriftlich zugesagt wurde. --- Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 3 wird eine einmalige Pflegepauschale in Höhe von 3.000 EUR gezahlt.	---

Wichtiger Hinweis: Alle Angaben wurden sorgfältig recherchiert. Eine Gewähr für jederzeitige Aktualität und Richtigkeit kann jedoch nicht übernommen werden. Maßgeblich sind allein die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils gültigen Bedingungen des Versicherers.