studentische-versicherungen.de

PKV-Tarifvergleich für ausländische Studierende in Deutschland

Provisit Grant (BD.2) · Provisit Study Secure · Provisit Student · Care Student (CCS)

Bedingungsvergleich mit Leistungsausschlüssen, Obliegenheiten, Fortführungs-/Weiterversicherungsrechten und Beitragsübersicht

Stand der Prüfung: 2. Oktober 2026

Quellenprinzip: Der Leistungsvergleich beruht auf den vier verlinkten Versicherungs- und Tarifbedingungen. Für Provisit Grant werden ergänzend schriftliche Auskünfte von DR-WALTER zur Zielgruppe, zum Gruppenmodell und zu einzelnen vertragsbezogenen Fragen berücksichtigt. Offizielle Produkt- und Antragsseiten dienen insbesondere zur Prüfung von Beiträgen und des Antragsprozesses. Bei Widersprüchen zwischen einer Produktseite und einer individuellen Auskunft ist die Abweichung ausdrücklich kenntlich gemacht.

Legende:
grün = nach Bedingungswortlaut leistungsstärkste Position;
hellrot = die bezeichnete Leistung ist ausdrücklich ausgeschlossen/nicht versichert.
Keine grüne Markierung, wenn Vergleichbarkeit oder die Regelung bei anderen Tarifen nicht ausreichend eindeutig ist.

Provisit Grant (BD.2) | Provisit Study Secure | Provisit Student | Care Student

Vorbemerkungen:

Provisit Grant / GOÄ und GOZ: In den ausgewerteten BD/U-Bedingungen besteht keine ausdrückliche Begrenzung auf GOÄ/GOZ-Regel- oder Höchstsätze und kein ausdrücklicher Ausschluss von Honorarvereinbarungen. Das macht Provisit Grant im Gebührenordnungsvergleich am flexibelsten. Medizinische Notwendigkeit sowie § 5 Abs. 2 AVB Gruppenversicherung (Übermaß/Kostenmissverhältnis) bleiben maßgeblich.

Provisit Grant / Versicherungsfähigkeit und Gruppenmodell: Nach ausdrücklicher schriftlicher Bestätigung von DR-WALTER (02.10.2026) können sowohl Studierende ohne Förderung als auch Stipendiaten Provisit Grant abschließen. Studierende sind laut ergänzender Auskunft bis einschließlich 64 Jahre versicherungsfähig. Für den Kunden wird Provisit Grant als Einzelabschluss angeboten; DR-WALTER führt diese Einzelabschlüsse über DEGIS im Rahmen eines Gruppenvertrags. Der Kunde schließt dabei keinen eigenen Gruppenversicherungsvertrag und wird nicht Mitglied von DEGIS. Nicht-EU-Studierende wechseln spätestens nach 60 Monaten von BD.2 in DOGP.2; gleichartiger früherer befristeter Schutz wird angerechnet. EU-Studierende beginnen direkt in DOGP.2. Verglichen wird vor allem BD.2.

1. Detaillierter Vergleich der Leistungsmerkmale

Vertragsrahmen

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
1	**Versicherungsfähigkeit**	Die Produktseite nennt ausländische Studierende, Stipendiaten, Akademiker, Doktoranden und Gastwissenschaftler. DR-WALTER bestätigt ausdrücklich, dass auch Studierende ohne Förderung abschließen können; Studierende sind laut ergänzender Auskunft bis einschließlich 64 Jahre versicherungsfähig. Versicherungsschutz setzt voraus, dass keine GKV-Versicherungspflicht besteht. Nicht-EU-Studierende: BD.2 für höchstens 60 Monate; EU-Studierende direkt DOGP.2. Die BD-Bedingungen verlangen einen befristeten Aufenthaltstitel und rechnen gleichartigen früheren befristeten Schutz auf die Höchstdauer an. Beim Einzelabschluss wird kein separater Gruppenversicherungsvertrag geschlossen. *Beleg: schriftliche Auskünfte DR-WALTER vom 15.09., 21.09. und 02.10.2026; Tarif BD/Gruppe I; Produktseite Provisit Grant.*	Personen ab 16 bis vor Vollendung 39 in Ausbildung (z.B. Studium) mit befristetem Aufenthaltstitel (max. 5 Jahre); keine GKV/Beihilfe/freie Heilfürsorge. *Beleg: Tarif Study Secure Premium I.A.1*	Personen mit befristetem Aufenthaltstitel (max. 5 Jahre) sowie Angehörige. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in I; Ziff. 1.12*	U.a. Studierende, Sprachschüler, Studienkolleg, vor-/nachgelagerte Ausbildungsgruppen; bei Antrag mindestens 12 und unter 40 Jahre; rechtmäßiger Aufenthalt in Deutschland und keine anderweitige GKV/PKV, max. 5 Jahre. *Beleg: Tarif CCS I.1*
2	**Gesundheitsprüfung / Aufnahme**	Keine Gesundheitsfragen; keine Risikoprüfung anhand von Gesundheitsfragen. Beleg: schriftliche Auskunft DR-WALTER vom 15.09.2026; offizielle Produktseite Provisit Grant	Gesundheitsfragen/Risikoprüfung im Antragsprozess. Beleg: ottonova Gesundheitsprüfung; AVB/KKV § 8; Tarif Study Secure Premium I.D.2	Gesundheitsfragen/Risikoprüfung im Antragsprozess. Beleg: aktuelle Provisit-Verbraucherinformationen (Risikoprüfung/Risikozuschläge); AVB/Impats	Gesundheitsfragen/Risikoprüfung im Antragsprozess. Beleg: offizieller Care-Student-Antragsprozess; Tarif CCS I.2 und I.4; § 19 VVG

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
3	**Bereits laufender Versicherungsfall bei Beginn**	Ein vor Versicherungsbeginn eingetretener Versicherungsfall ist ab Versicherungsbeginn einbezogen, sofern ordnungsgemäß angezeigt und nicht besonders ausgeschlossen. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 2 Abs. 1*	Keine Leistung für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. *Beleg: AVB/KKV § 2 Abs. 2*	Keine Leistung für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. *Beleg: AVB/Impats § 2 Abs. 1*	Die Tarifbedingungen erweitern § 2 MB/KK: Für vor Vertragsbeginn eingetretene Versicherungsfälle wird ab Beginn geleistet, wenn sie bei Antragstellung ordnungsgemäß nach § 19 VVG angezeigt wurden und keine abweichende besondere Vereinbarung besteht. *Beleg: TB zu § 2 Abs. 1 MB/KK*
4	**Wartezeiten allgemein**	In den für BD maßgeblichen Krankheitskosten-Bedingungen ist keine allgemeine oder besondere Wartezeit vorgesehen. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U); Tarif BD/Gruppe*	Wartezeiten: 3 Monate für Zahnbehandlung, Zahnersatz, funktionsanalytische/-therapeutische Leistungen und KFO; 8 Monate für Entbindung und ambulante Psychotherapie. *Beleg: Tarif Study Secure Premium II.B.1-2*	Allgemein 3 Monate; Tarif kann die allgemeine Wartezeit u.a. bei Abschluss vor Einreise oder nahtloser Vorversicherung entfallen lassen. Besondere Wartezeiten bleiben. *Beleg: AVB/Impats § 3 Abs. 2; Tarif 2.1*	Keine allgemeine Wartezeit. Für Zahnbehandlung wird die besondere Wartezeit aufgehoben. Weiter gelten 8 Monate insbesondere für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und KFO. *Beleg: Tarif CCS II; MB/KK § 3 Abs. 3; Tarif CCS III.4.2*
5	**Selbstbehalt**	Kein allgemeiner Selbstbehalt im BD.2. *Beleg: Kundeninformation Provisit Grant, Abschnitt „Beschreibung des Versicherungsschutzes“; Tarif BD/Gruppe*	Kein allgemeiner Jahresselbstbehalt im Tarif; punktuelle Höchstbeträge/Eigenbeteiligungen bestehen. *Beleg: Tarif Study Secure Premium II*	Leistungsstufe 1: 0 EUR; Leistungsstufe 2: 300 EUR/Jahr für Ziff. 1.1-1.9. Im Vergleich wird LS 1 verwendet. *Beleg: Tarif 1.12*	300 EUR je Kalenderjahr; bei Beginn nach dem 1. Januar anteilige Reduzierung um 1/12 je nicht versichertem Monat. KHT/Genesungsgeld sind nicht dem Selbstbehalt unterworfen. *Beleg: Tarif CCS III.7*
6	**Primärarztprinzip / freie Arztwahl**	Freie Wahl unter zugelassenen Ärzten/Zahnärzten; kein Primärarztmodell. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 4 Abs. 2; Tarif BD II.1.1*	Primärarztmodell: 100 % bei Primärarzt, Überweisung oder vorheriger Concierge-Freigabe; ohne diese Steuerung 80 % für ärztliche Leistungen und Arznei-/Verbandmittel. Überweisung max. 6 Monate. *Beleg: Tarif II.D.1-4*	Primärarztmodell: 100 % bei Primärarzt/ordnungsgemäßer Überweisung; ohne Überweisung zum Nicht-Primärarzt 75 %. Überweisung max. 6 Monate. *Beleg: Tarif 1.1 a)*	Freie Wahl unter niedergelassenen approbierten Ärzten/Zahnärzten; kein Primärarzt-/Überweisungsmodell. *Beleg: MB/KK § 4 Abs. 2; Tarif CCS III.1.1 und III.4.1*
7	**Gebührenordnung Ärzte / Psychotherapie (GOÄ/GOP) / Honorarvereinbarung**	Keine ausdrückliche tarifliche Begrenzung auf Regel- oder Höchstsätze. Medizinische Notwendigkeit sowie Kürzungsmöglichkeiten bei Übermaß/Kostenmissverhältnis bleiben maßgeblich. Beleg: Tarif BD/Gruppe; AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 2; § 6 Abs. 6	Explizit bis zu den Höchstsätzen von GOÄ/GOP. *Beleg: Tarif II.C*	Bis Regelhöchstsatz: regelmäßig 2,3-fach; technische Leistungen 1,8-fach; Labor 1,15-fach. *Beleg: Tarif 1.1 a) und 1.1 c)*	100 % bis zum Regelhöchstsatz: GOÄ grundsätzlich 2,3-fach, technische Leistungen 1,8-fach, Labor 1,15-fach. Beleg: Tarif CCS III.1.1

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
8	**Gebührenordnung Zahn (GOZ/GOÄ) / Honorarvereinbarung**	Auch für zahnärztliche Honorare keine ausdrückliche Begrenzung auf Regel- oder Höchstsätze in Tarif BD/U. Medizinische Notwendigkeit sowie Kürzungsmöglichkeiten bei Übermaß/Kostenmissverhältnis bleiben maßgeblich. Beleg: Tarif BD II.7-8; AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 2; § 6 Abs. 6	Zahnärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ. Darüber hinausgehende Honorarvereinbarungen sind tariflich nicht als regulärer Erstattungsumfang zugesagt. *Beleg: Tarif Study Secure Premium II.C*	Differenzierung nach Leistung: Zahnbehandlung nach Ziff. 1.3 a) innerhalb des Gebührenrahmens der GOZ/GOÄ (keine dortige ausdrückliche Beschränkung auf den Regelhöchstsatz). Für zahnmedizinische Prophylaxe nach Ziff. 1.3 b) gilt dagegen der Regelhöchstsatz. Bei Zahnersatz/KFO nach Ziff. 1.3 c) und den AVB gelten der allgemeine Gebührenrahmen, 50 % Erstattung und der 500-EUR-Jahresdeckel. Honorare jenseits der Gebührenordnung sind nicht als reguläre Tarifleistung zugesagt. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in 1.3 a) bis c); AVB/Impats § 4 Abs. 1.*	Zahnärztliche Leistungen ebenfalls nur bis Regelhöchstsatz von GOZ/GOÄ (2,3/1,8/1,15). Leistungen oberhalb dieser Sätze sind im CCS nicht als regulärer Erstattungsumfang vorgesehen. *Beleg: Tarif CCS III.4.1*
9	**Geltungsbereich / Reisen**	Versicherungsschutz in Europa und im außereuropäischen Ausland; in den verglichenen AVB keine allgemeine 1- oder 6-Monats-Reisegrenze. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 1 Abs. 4*	Deutschland/EWR; vorübergehende Reisen außerhalb EWR bis 6 Monate, sofern keine gezielte Behandlung. Unerwartete stationäre Behandlung kann den Schutz bis zur Rückreisefähigkeit verlängern. *Beleg: AVB/KKV § 3 Abs. 1*	Europa; bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland nur für den ersten Monat. *Beleg: AVB/Impats § 1 Abs. 4*	Europa. Bei vorübergehendem außereuropäischem Aufenthalt zunächst voller Schutz im ersten Monat; ab dem zweiten Monat grundsätzlich Reduktion der tariflichen Leistungen um ein Drittel, sofern vor Reiseantritt nichts anderes vereinbart wurde. Medizinisch notwendige Verlängerung bei Rückreiseunfähigkeit bleibt geschützt. *Beleg: MB/KK § 1 Abs. 4 i.V.m. TB zu § 1 Abs. 4*
10	**Gezielte Behandlung im Ausland**	Keine besondere pauschale „gezielte Auslandsbehandlung“-Klausel wie bei den beiden anderen Tarifen in den verglichenen BD/U-Bedingungen; allgemeine Erstattungsregeln gelten. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) §§ 1, 4-5*	Gezielte Behandlung außerhalb EWR grundsätzlich nur nach vorheriger Zusage; ohne Zusage höchstens vergleichbare deutsche/EWR-Kosten. Zusage bei in Deutschland/EWR nicht möglicher Behandlung. *Beleg: AVB/KKV § 3 Abs. 2*	Bei gezielter Auslandsbehandlung können Mehrkosten über eine entsprechende Behandlung in Deutschland ausgeschlossen sein; AVB nennen Ausnahmen. *Beleg: AVB/Impats § 5 Abs. 1 g)*	Die allgemeinen Auslands- und Kostengrenzen der MB/KK/TB gelten. Vor planbarer Auslandsbehandlung sollte Leistungszusage eingeholt werden. *Beleg: MB/KK § 1 Abs. 4; § 4; TB hierzu*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
11	**Neugeborenennachversicherung**	Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil beim Versicherer versichert ist und das Kind spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend angemeldet wird. Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Anomalien sind einbezogen. Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 2 Abs. 2	Nachversicherung ohne neue Risikoprüfung/Zuschläge bei Voraussetzungen; grundsätzlich muss ein Elternteil 3 Monate versichert sein, mit Sonderregelung bei Abschluss vor der 21. Schwangerschaftswoche; Anmeldung innerhalb 2 Monaten. *Beleg: AVB/KKV § 2 Abs. 4*	Versicherung ab Geburt ohne Risikozuschlag/Wartezeiten bei Voraussetzungen; Anmeldung innerhalb 2 Monaten; angeborene Erkrankungen eingeschlossen. *Beleg: AVB/Impats § 2 Abs. 3-4*	Ab Geburt ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten bei Voraussetzungen (u.a. Elternteil mindestens 3 Monate versichert; Anmeldung innerhalb 2 Monaten; Schutz nicht höher als beim Elternteil). Angeborene Krankheiten, Gebrechen und Anomalien sind einbezogen. *Beleg: MB/KK § 2 Abs. 2-4 i.V.m. TB zu § 2*
12	**Weiterversicherung nach Befristung / Wegfall der Versicherungsfähigkeit**	Nach schriftlicher Auskunft von DR-WALTER erfolgt bei Nicht-EU-Studierenden nach Ablauf der Höchstversicherungszeit von 60 Monaten der Wechsel von BD.2 in DOGP.2; EU-Studierende gehen direkt in DOGP.2. Daneben bestehen bei sonstigem Ausscheiden nach mehr als drei Monaten Gruppenversicherung die allgemeinen Fortführungsrechte nach § 14 AVB: Fortsetzung als Einzelversicherung in gleichartigen Tarifen; Antrag binnen zwei Monaten. Bei Mehrleistungen können besondere Bedingungen gelten; die Gruppenversicherungszeit wird auf etwaige Wartezeiten/Fristen angerechnet. Beleg: schriftliche Auskunft DR-WALTER vom 15.09.2026; AVB Gruppenversicherung (U) § 14 Abs. 8, 10-11	Wenn beim Wegfall der Versicherungsfähigkeit keine GKV-Pflicht besteht, kann in jeden für den Neuzugang offenen ottonova-Vollversicherungstarif fortgeführt werden, für den Aufnahme-/Versicherungsfähigkeit besteht. Ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten, wenn der Antrag spätestens drei Monate nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit gestellt wird und bei Vertragsende kein Beitragsrückstand besteht. Bestehende Leistungsausschlüsse/-einschränkungen und Zuschläge werden übernommen bzw. angepasst. Beleg: Tarif Study Secure Premium I.D.2	Nach Ende der Höchstversicherungsdauer von fünf Jahren oder bei Entfristung des Aufenthaltstitels besteht das Recht zur Fortführung ohne erneute Gesundheitsprüfung im Barmenia-Tarif einsA Prima 1. Nach § 15 Abs. 4 AVB/Impats muss die Fortführung innerhalb von zwei Monaten nach Ende der Versicherung beantragt werden; die ununterbrochene Vorversicherungszeit wird auf Wartezeiten/Fristen angerechnet. Bei einer Leistungserhöhung können für Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Beleg: Tarif DR-WALTER come-in 2.3; AVB/Impats § 15 Abs. 4	Automatische Umstufung in den Tarif KVS1 der HanseMerkur Krankenversicherung AG: bei Ende/Abbruch der Ausbildung oder Unterbrechung von mehr als sechs Monaten ab dem 1. des Folgemonats, ebenso bei Vollendung des 40. Lebensjahres; spätestens nach 60 Monaten CCS ab dem 1. des Monats, in dem die Höchstdauer erreicht wird. Voraussetzungen sind u.a. ein fester, ungekündigter Wohnsitz in Deutschland und kein Beitragsrückstand. Keine erneute Risikoprüfung; CCS-Zeit wird auf KVS1-Wartezeiten angerechnet. Keine automatische KVS1-Umstufung bei Drittstaatsangehörigen ohne nachweisbaren befristeten Aufenthaltstitel oder bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung nach § 19 VVG. Nachweis der Versicherungsfähigkeit auf Anforderung binnen eines Monats; Wegfall der Versicherungsfähigkeit binnen eines Monats in Textform melden. Wer die KVS1-Umstufung nicht möchte, kann binnen zwei Monaten nach dem Umstufungszeitpunkt rückwirkend zum Umstufungszeitpunkt kündigen. Beleg: Tarif CCS I.2-I.5

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
13	**Alterungsrückstellung**	Keine Bildung von Alterungsrückstellungen. *Beleg: Kundeninformation Provisit Grant „Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter“; Tarif BD I*	Keine Bildung von Alterungsrückstellungen. *Beleg: Tarif I.B*	Keine Bildung von Alterungsrückstellungen. *Beleg: AVB/Impats § 8a*	Keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

Ambulant

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
14	**Ambulante ärztliche Behandlung**	100 % der erstattungsfähigen Kosten für Beratung, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und Operationen. *Beleg: Tarif BD II.1 und II.1.1*	100 % bei Primärarzt/Überweisung/Concierge; ohne Steuerung 80 %. *Beleg: Tarif II.D.1-4*	100 % beim Primärarzt/überwiesenen Facharzt; 75 % beim direkt aufgesuchten Nicht-Primärarzt. *Beleg: Tarif 1.1 a)*	100 % der erstattungsfähigen ambulanten ärztlichen Behandlung bis zu den tariflichen Regelhöchstsätzen; freier Arztzugang, aber 300-EUR-Jahresselbstbehalt. *Beleg: Tarif CCS III.1.1; III.7*
15	**Vorsorge / Früherkennung**	100 % für gesetzlich eingeführte Früherkennungsprogramme. *Beleg: Tarif BD II.1.10*	AVB erfassen gesetzlich eingeführte Früherkennung ohne Altersbeschränkungen; Tarif erstattet im ambulanten Rahmen. *Beleg: AVB/KKV § 1 Abs. 2; Tarif II.D*	Gesetzlich eingeführte Früherkennungsprogramme ausdrücklich ohne deren Altersgrenzen; 100 % im Primärarztmodell. *Beleg: Tarif 1.1 a)*	Leistungen für gesetzlich eingeführte Vorsorge-/Früherkennungsmaßnahmen im tariflichen Umfang Beleg: Tarif CCS III.1.1 i.V.m. MB/KK § 1
16	**Schutzimpfungen**	100 % für ausdrücklich genannte Impfungen plus STIKO-Empfehlungen; Reiseimpfungen und arbeitgeberpflichtige Berufsimpfungen ausgeschlossen. Beleg: Tarif BD II.1.11	STIKO-Impfungen im allgemeinen AVB-Rahmen; der Study-Secure-Tarif schließt Reiseimpfungen aus, arbeitgeberpflichtige Impfungen sind ebenfalls nicht erstattungsfähig. Beleg: Tarif Study Secure Premium II.A.2; AVB/KKV § 4 Abs. 3 d)	STIKO-Impfungen; keine beruflich veranlassten Impfungen, zu denen der Arbeitgeber verpflichtet ist, und keine Reiseimpfungen. Beleg: Tarif DR-WALTER come-in 1.1 a)	Versichert sind STIKO-Impfungen, die allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht - unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden. Beleg: TB zu § 1 Abs. 2 MB/KK 2009
17	**Arznei- und Verbandmittel**	100 % bei ärztlicher Verordnung; allgemeine AVB erfassen auch bestimmte medizinisch notwendige Nährmittel. *Beleg: Tarif BD II.1.6; AVB Gruppenversicherung (U) § 4 Abs. 4*	100 % im Grundsatz, aber Primärarztprinzip; detaillierte Ausschlüsse für Lifestyle-/Gewichts-/Haar-/Kosmetik-/Nahrungsergänzungsmittel. Enterale/parenterale Nährmittel unter Voraussetzungen; Kontrazeptiva nur vor Vollendung 22. *Beleg: Tarif II.D.1-4; II.E.2*	100 % im Primärarztmodell; verschreibungspflichtige Arznei, bestimmte G-BA-Ausnahmen für nicht verschreibungspflichtige Mittel; Lifestyle-/Stärkungs-/Kosmetik-/Potenz-/Gewichts-/Haarmittel und viele Nährmittel ausgeschlossen. *Beleg: Tarif 1.1 a)*	100 % für ärztlich verordnete Arznei-/Verbandmittel; Generika-Steuerung und konkrete Einschränkungen für Lifestyle-/Nahrungsprodukte. Nicht verschreibungspflichtige Mittel nur in den tariflich genannten Fällen. *Beleg: Tarif CCS III.1.2*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
18	**Heilmittel (Physio, Ergo, Logo etc.)**	100 %; breiter Katalog u.a. Physio/Krankengymnastik, Massagen, Palliativphysio, Hydro-/Bäder, Inhalation, Kälte/Wärme, Elektro-/Licht-/Strahlenbehandlung, Logo, Ergo, Podologie und Ernährungstherapie. Geburtsvorbereitung + Rückbildung zusammen einmalig 50 EUR. *Beleg: Tarif BD II.1.7*	100 % für beihilfefähige Heilmittel; grundsätzlich bis Beihilfehöchstbetrag + 20 %, darüber ggf. bei Ortsüblichkeit. Einschließlich Geburtsvorbereitung/Rückbildung. *Beleg: Tarif II.E.3*	100 %, sofern nach Beihilfevorschriften anerkannt; nichtärztliche Leistungserbringer grundsätzlich bis 1,1-facher Beihilfehöchstbetrag. Sauna und ähnliche Bäder ausgeschlossen. *Beleg: Tarif 1.1 d)*	100 % für anerkannte Heilmittel nach Beihilfeverzeichnis, u.a. physikalische Therapie, Ergo, Logo, Massagen und medizinische Bäder; bei nicht nach GOÄ berechneten Leistungen gelten die Beihilfe-Höchstbeträge. Sauna u.ä. nicht umfasst. *Beleg: Tarif CCS III.1.3; TB zu § 4 Abs. 2*
19	**Ärztliche Naturheilverfahren**	Allgemeine AVB erfassen anerkannte Schulmedizin und Methoden/Arzneimittel mit vergleichbaren Erfolgsaussichten; ggf. Begrenzung auf schulmedizinische Alternative. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 4 Abs. 7*	Besonders weit: Hufeland-Verzeichnis; Tarif erweitert ausdrücklich über die allgemeinen Grenzen hinaus auch auf nicht schulmedizinisch anerkannte ärztliche Behandlung und bestimmte naturheilkundliche Arznei-/Heil-/Hilfsmittel. *Beleg: Tarif II.D.5*	Allgemeine AVB: schulmedizinisch anerkannte oder vergleichbar erfolgversprechende Methoden; keine besondere Hufeland-Erweiterung. *Beleg: AVB/Impats § 4*	Ausdrücklich ausgeschlossen sind die im Hufeland-Leistungsverzeichnis genannten bzw. vergleichbaren besonderen Therapierichtungen auch dann, wenn sie von Ärzten erbracht werden. *Beleg: Tarif CCS III.1.1*
20	**Heilpraktiker**	100 % für im GebüH aufgeführte Methoden bis zu dessen Höchstbeträgen, einschließlich bestimmter verordneter Arznei-/Verbandmittel und Wegegebühren. *Beleg: Tarif BD II.1.14*	Ausdrücklich ausgeschlossen - einschließlich von Heilpraktikern verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. *Beleg: Tarif II.A.2*	Keine allgemeine Heilpraktikerbehandlung als eigene tarifliche Leistung; Heilpraktiker kann allerdings eine DiGA verordnen. *Beleg: Tarif 1.1; Tarif 1.11*	Ausdrücklich ausgeschlossen: Heilpraktikerbehandlung einschließlich der von Heilpraktikern verordneten/berechneten Heil-, Arznei- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten. *Beleg: Tarif CCS III.1.1*
21	**Osteopathie**	Kann je nach Leistungserbringer/Einordnung über Heilpraktiker bzw. erstattungsfähige Behandlung erfasst sein; kein ausdrücklicher Osteopathie-Ausschluss im BD. *Beleg: Tarif BD II.1.14; AVB Gruppenversicherung (U) § 4*	Osteopathische Leistungen durch nichtärztliche Leistungserbringer ausdrücklich ausgeschlossen. *Beleg: Tarif II.A.2*	Keine eigenständige Osteopathie-Zusage im Tarif ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in 1.1*	Keine eigenständige Osteopathie-Leistungszusage im CCS. Soweit eine Leistung dem anerkannten Heilmittelkatalog zugeordnet und ärztlich verordnet ist, gelten dessen Regeln; Heilpraktikerleistungen sind ausgeschlossen. *Beleg: Tarif CCS III.1.1 und III.1.3*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
22	**Psychotherapie**	100 %, ohne besondere Sitzungsbegrenzung oder tarifliche Vorabgenehmigung; im BD keine tarifliche Wartezeit. *Beleg: Tarif BD II.1 und II.1.12; AVB Gruppenversicherung (U)*	8 Monate Wartezeit; vorherige Zusage in Textform. Erste 25 Therapiestunden je Versicherungsfall inkl. probatorischer Sitzungen 100 %, danach 50 %; max. 5 probatorische Sitzungen. Psychiatrie/Psychotherapie ist Primärarzt. *Beleg: Tarif II.B.2; II.D.1 und II.D.6*	75 %; vor Beginn ausreichend begründeter Bericht und schriftliche Leistungszusage; besondere Wartezeit 8 Monate. *Beleg: Tarif 1.1 c); AVB/Impats § 3 Abs. 3*	70 %, höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr; vorher ausreichend begründeter Bericht und schriftliche Leistungszusage. Zusätzlich 8 Monate besondere Wartezeit. *Beleg: Tarif CCS III.1.4; MB/KK § 3 Abs. 3*
23	**Hebamme / Entbindungspfleger ambulant**	100 % Hebammenhilfe; zusätzlich besondere Entbindungsleistungen. *Beleg: Tarif BD II.1.2*	100 % nach Hebammengebührenordnung; zusätzlich Geburtsvorbereitung/Nachsorge im Tarif. *Beleg: Tarif II.C; II.F*	100 % im Rahmen der einschlägigen Hebammengebührenordnung. *Beleg: Tarif 1.1 b)*	100 % für Leistungen von Hebammen/Entbindungspflegern im tariflichen Rahmen. *Beleg: Tarif CCS III.1.5*
24	**Strahlen-/ Radiologiediagnostik und -therapie**	100 %. *Beleg: Tarif BD II.1.5*	100 % als ärztliche Leistung nach Primärarzt-/Überweisungsregeln; Gebühren bis GOÄ-Höchstsatz. *Beleg: Tarif II.C; II.D*	100 % im ambulanten Primärarzt-/Überweisungsrahmen. *Beleg: Tarif 1.1 a)*	Als medizinisch notwendige ärztliche Behandlung grundsätzlich 100 % bis Regelhöchstsatz, soweit keine speziellere Ausschlussregel greift. *Beleg: Tarif CCS III.1.1*
25	**Operative Sehschärfenkorrektur (Laser etc.)**	Kein ausdrücklicher pauschaler Ausschluss in den verglichenen BD-Bedingungen; Erstattung setzt jedoch medizinische Notwendigkeit und allgemeine Leistungsvoraussetzungen voraus. Beleg: Tarif BD II.1.1; AVB Gruppenversicherung (U) §§ 1, 4-5	Ausdrücklich ausgeschlossen, einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel. Beleg: Tarif II.A.2	Kein ausdrücklicher eigener Ausschluss im Tarif; allgemeine medizinische Notwendigkeit und GOÄ-Grenzen gelten. Beleg: Tarif 1.1 a); AVB/Impats §§ 1, 4-5	Operative Korrektur der Sehschärfe mittels Laser ausdrücklich ausgeschlossen. Beleg: Tarif CCS III.1.1

Hilfsmittel/Transport

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
26	**Sehhilfen**	100 % bis 325 EUR; erneut nach 2 Jahren oder früher bei mindestens 0,5 dpt Änderung. *Beleg: Tarif BD II.1.8*	100 % bis 100 EUR je 24 Monate bzw. früher bei mindestens 0,5 dpt Änderung. *Beleg: Tarif II.E.4 a)*	Bis 100 EUR; erneut nach 2 Jahren oder früher bei mindestens 0,5 dpt Änderung. *Beleg: Tarif 1.1 e)*	Sehhilfen sind im CCS ausdrücklich aus dem Hilfsmittelumfang ausgeschlossen. *Beleg: Tarif CCS III.1.3*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
27	**Hilfsmittel allgemein**	Sehr weite funktionale Definition, u.a. Rollstuhl, Prothesen, Blutdruckmessgerät, lebenserhaltende Geräte, Blindenhund; Reparaturen. Ausschlüsse u.a. Pflegehilfsmittel/Alltags-/Fitness-/Wellnessartikel. Ab 350 EUR vorherige Abstimmung nur empfohlen. *Beleg: Tarif BD II.1.9*	Breiter enumerativer Katalog. >500 EUR: 100 %, wenn über Concierge beschafft/abgestimmt; bei eigenmächtigem Bezug grundsätzlich 60 %. Ausschlüsse für zahlreiche Alltags-/Mess-/Wellnessgeräte. *Beleg: Tarif II.E.4*	Nur Hilfsmittel des aktuellen GKV-Hilfsmittelverzeichnisses in Standardausführung; diverse Pflege-/Alltags-/Fitnessartikel ausgeschlossen. >500 EUR Kostenvoranschlag; sonst bzw. bei Ablehnung günstiger Versorgung nur 75 %. *Beleg: Tarif 1.1 e)*	100 % nur für Hilfsmittel des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses in Standardausführung einschließlich Reparatur/Wartung/Einweisung. Bestimmte Geräte (z.B. Sauerstoff, Beatmung, Monitor/Pulsoximeter) nur nach vorheriger Zusage; Pflege-/Wellness-/Gebrauchsgegenstände ausgeschlossen. *Beleg: Tarif CCS III.1.3*
28	**Hörgeräte / Hörimplantate**	Hörgeräte fallen unter den breiten Hilfsmittelbegriff; kein eigener Euro-Höchstbetrag in II.1.9 genannt. *Beleg: Tarif BD II.1.9*	Hörgeräte bis 1.500 EUR je Ohr; Hörimplantat-Gerät bis 4.000 EUR je Ohr; allgemeine Hilfsmittelsteuerung beachten. *Beleg: Tarif II.E.4*	GKV-Hilfsmittelverzeichnis, Standardausführung; allgemeine >500-EUR-Steuerung. *Beleg: Tarif 1.1 e)*	Erstattung nur soweit als Hilfsmittel des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses in Standardausführung. *Beleg: Tarif CCS III.1.3*
29	**Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)**	BfArM-DiGA 100 % bis Verzeichnispreis nach Verordnung Arzt/Psychotherapeut oder Zusage. Andere DiGA 80 % bis Rechnungsbetrag 2.000 EUR/Jahr nur nach schriftlicher Zusage; zunächst max. 12 Monate, dann neue Verordnung/Zusage. *Beleg: Tarif BD II.13.1-13.5*	Nur BfArM-DiGA nach § 139e SGB V, bis zum GKV-Erstattungsbetrag, bei ärztlicher/psychotherapeutischer Verordnung und medizinischer Notwendigkeit. *Beleg: Tarif II.Q*	100 % für digitale Medizinprodukte bei Verordnung durch approbierten Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeuten, KJP oder Heilpraktiker oder Genehmigung aufgrund medizinischer Indikation; keine ausdrückliche BfArM-Listen-/Preisgrenze. *Beleg: Tarif 1.11*	100 % für BfArM-gelistete DiGA nach § 139e SGB V bei Verordnung; alternativ nach vorheriger Genehmigung bzw. im Rahmen von Kooperationen. Nur medizinisch sinnvolle Nutzungsdauer; Endgerät/OS/Strom nicht versichert. *Beleg: Tarif CCS III.1.8*
30	**Notfall-/ Rettungstransport**	100 % notwendiger Transport im Notfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt bzw. zur stationären Behandlung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus und zurück. *Beleg: Tarif BD II.1.4*	100 % medizinisch notwendige Rettungs-/Krankentransporte von oder zur stationären Behandlung und zur ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus; Notarztfahrtkosten eingeschlossen. *Beleg: Tarif II.M.1*	100 % notwendiger Transport zur Erstversorgung nach Notfall/Unfall bzw. bei benötigter fachlicher Betreuung/Krankenwagen zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt/Krankenhaus. *Beleg: Tarif 1.1 f)*	100 % für ärztlich verordnete Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus nach Unfall/Notfall sowie zum Arzt/Krankenhaus, wenn fachliche Betreuung oder besondere Fahrzeugeinrichtung erforderlich ist. *Beleg: Tarif CCS III.3*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
31	**Krankenfahrten ambulant (Taxi/PKW/ÖPNV)**	100 % u.a. bei Gehunfähigkeit sowie für Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie zum/vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt. *Beleg: Tarif BD II.1.4*	100 % Taxi, Privat-PKW (0,30 EUR/km) oder ÖPNV u.a. zu Krankenhaus, Dialyse, Strahlen-/Chemotherapie, ambulanter OP, vor-/nach-/tagesstationär sowie bei aG/Bl/H, Pflegegrad 3-5, bescheinigter Gehunfähigkeit oder medikamentöser Fahruntüchtigkeit. Bis 100 km gilt Behandlungsstätte stets als nächstgelegen. *Beleg: Tarif II.M.2*	Sonstige Fahrten zur ambulanten Behandlung nur nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage; dann 100 %. *Beleg: Tarif 1.1 f)*	Fahrten zur ambulanten Behandlung nur nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage. Keine pauschale freie Taxi-/PKW-Erstattung für jede ambulante Behandlung. *Beleg: Tarif CCS III.3 d)*
32	**Wiederholte Krankenfahrten / Steuerung**	Keine besondere Organisationsklausel für wiederholte Fahrten; tarifliche Voraussetzungen müssen vorliegen. *Beleg: Tarif BD II.1.4*	Wiederholte Fahrten müssen unverzüglich angezeigt werden; ottonova darf künftige Fahrten organisieren. *Beleg: Tarif II.M.2*	Ambulante Fahrten grundsätzlich vorher schriftlich zusagen lassen. *Beleg: Tarif 1.1 f)*	Wiederholte ambulante Fahrten stehen unter der vorherigen schriftlichen Leistungszusage; keine eigene Dialyse/Chemo-Regelung mit automatischem Anspruch wie in anderen Tarifen. *Beleg: Tarif CCS III.3 d)*
33	**Bergungskosten**	Keine eigenständige Bergungskostenleistung in BD ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif BD/Gruppe*	100 % bis 2.500 EUR je Versicherungsfall bei notwendiger Bergung aus Gefahr für Leib und Leben. *Beleg: Tarif II.M.3*	Keine eigenständige Bergungskostenleistung im Tarif ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in*	Keine eigenständige Bergungskostenleistung im Tarif CCS/MB-TB ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS III; MB/KK/TB*

Pflege/Palliativ

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
34	**Häusliche Krankenpflege - Behandlungspflege**	100 %; ausdrücklich Behandlungspflege. Zusätzlich sehr detaillierte Regel für intensive medizinische Krankenpflege auch institutionell, wenn voraussichtlich mindestens 6 Monate hoher Bedarf besteht. *Beleg: Tarif BD II.1.16*	100 % ärztlich verordnete Behandlungspflege im tariflichen Rahmen. *Beleg: Tarif II.G.1*	100 % nach G-BA-Richtlinien durch geeignete Pflegefachkräfte; ausdrücklich auch psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege. *Beleg: Tarif 1.1 g)*	100 % für ärztlich angeordnete häusliche Behandlungspflege durch anerkannten Pflegedienst, soweit sie zur Sicherung des Behandlungsziels erforderlich ist. *Beleg: Tarif CCS III.1.6*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
35	**Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung**	Bei Krankenhausvermeidung grundsätzlich bis 4 Wochen je Versicherungsfall; Verlängerung nach vorheriger schriftlicher Zusage möglich. *Beleg: Tarif BD II.1.16*	Wenn häusliche Krankenpflege stationären Aufenthalt ersetzt und keine PPV-Leistung greift: Grundpflege/Haushaltshilfe bis 4 Wochen je Versicherungsfall. *Beleg: Tarif II.G.1*	Bei Krankenhausvermeidung bis 4 Wochen; zusätzlich Unterstützungspflege bis 4 Wochen bei schwerer Krankheit/akuter Verschlimmerung ohne Pflegegrad 2-5. *Beleg: Tarif 1.1 g)*	Tarif CCS nennt ausdrücklich Behandlungspflege; eine gleichwertige eigenständige 100-%-Zusage für Grundpflege/hauswirtschaftliche Versorgung innerhalb der Krankenversicherung ist nicht ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS III.1.6*
36	**Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**	100 % bis zum GKV-Leistungsniveau. *Beleg: Tarif BD II.1.15*	100 % spezialisierte ambulante Palliativversorgung; außerdem ambulante Hospizdienste im Palliativbaustein. *Beleg: Tarif II.G.2*	Keine eigenständige SAPV-Leistung im Tarif ausdrücklich geregelt; stationäres Hospiz ist separat versichert. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in 1.9*	Ambulante Palliativversorgung ist in den allgemeinen Bedingungen grundsätzlich als Versicherungsfall erfasst; CCS enthält jedoch keine so konkrete eigene SAPV-Leistungsregel wie Provisit Grant/Study Secure. *Beleg: MB/KK § 1 Abs. 2 c); Tarif CCS*
37	**Soziotherapie**	Keine eigenständige tarifliche Soziotherapie-Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif BD/Gruppe*	100 % bei schwerer psychischer Erkrankung unter tariflichen Voraussetzungen, max. 120 Stunden innerhalb 36 Monaten. *Beleg: Tarif II.G.3*	Keine eigenständige tarifliche Soziotherapie-Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in*	Keine eigenständige Soziotherapie-Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS III*
38	**Stationäres / teilstationäres Hospiz**	100 % bis zum vergleichbaren GKV-Leistungsniveau nach Anrechnung vorrangiger Ansprüche. *Beleg: Tarif BD II.1.18*	100 %; bei PKV-Vergütungsvereinbarung deren Höhe, sonst bis vergleichbarer GKV-Vergütung. *Beleg: Tarif II.K*	100 % in zugelassenem Hospiz, wenn keine Krankenhausbehandlung nötig und ambulante Versorgung nicht möglich; bis GKV-Vergütung. *Beleg: Tarif 1.9*	100 % für stationäre/teilstationäre Hospizversorgung bis zu dem Betrag, der auch von der GKV übernommen würde. *Beleg: Tarif CCS III.2.3; MB/KK § 1 Abs. 2 d)*

Stationär/Reha

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
39	**Allgemeine Krankenhausleistungen**	100 %; freie Wahl unter öffentlichen und privaten Krankenhäusern nach AVB. *Beleg: Tarif BD II.1.17; AVB Gruppenversicherung (U) § 4 Abs. 5*	100 % allgemeine Krankenhausleistungen inkl. vor-/nachstationär und tagesstationär. *Beleg: Tarif II.H.1 a)*	100 % allgemeine Krankenhausleistungen nach KHEntgG/BPflV inkl. Belegarzt/-hebamme und vor-/nachstationär. *Beleg: Tarif 1.2*	100 % der allgemeinen Krankenhausleistungen. Wahlleistungen sind davon ausdrücklich ausgenommen. *Beleg: Tarif CCS III.2.1*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
40	**Zimmer / stationäre Wahlleistung**	BD.2: Zwei- oder Mehrbettzimmer 100 %. Im Einbettzimmer privatärztliche Behandlung und Kosten bis Zweibettzimmerniveau. BD.1 wäre Ein-/Zwei-/Mehrbett. *Beleg: Tarif BD II.1.17*	Zweibettzimmer 100 %. *Beleg: Tarif II.H.1 b)*	Keine Wahlleistungen; nur allgemeine Krankenhausleistungen. *Beleg: Tarif 1.2*	Wahlleistungen für Unterbringung (Ein-/Zweibettzimmer) ausdrücklich nicht versichert; nur allgemeine Krankenhausleistungen. *Beleg: Tarif CCS III.2.1*
41	**Privat-/Wahlarzt im Krankenhaus**	100 % privatärztliche Behandlung. *Beleg: Tarif BD II.1.17*	100 % wahl-/privatärztliche Behandlung und Belegarzt. *Beleg: Tarif II.H.1 c)*	Wahlleistungen nach § 17 KHEntgG/§ 16 BPflV ausdrücklich ausgeschlossen. *Beleg: Tarif 1.2*	Wahlärztliche/privatärztliche Krankenhausleistungen ausdrücklich nicht versichert. *Beleg: Tarif CCS III.2.1*
42	**Privatkliniken / nicht KHEntgG-BPflV**	Grundsätzlich freie Wahl öffentlicher und privater Krankenhäuser; bei gemischten Einrichtungen gelten Genehmigungsregeln. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 4 Abs. 5-6; Tarif BD II.1.17*	Allgemeine Leistungen in deutschen Privatkliniken grundsätzlich bis 150 % des vergleichbaren DRG/Pflegesatzes; zusätzlich 150 EUR Eigenanteil je Tag, max. 5.000 EUR/Versicherungsjahr; Wahlleistungen separat. *Beleg: Tarif II.H.1 d)*	Bei nicht nach KHEntgG/BPflV abrechnenden Krankenhäusern allgemeine Leistungen nur bis Höhe, die nach diesen Regelwerken angefallen wäre. *Beleg: Tarif 1.2*	Bei Krankenhäusern außerhalb KHEntgG/BPflV Erstattung höchstens bis zu den Kosten, die in einem Krankenhaus unter diesen Regelwerken angefallen wären. *Beleg: Tarif CCS III.2.1*
43	**Gemischte Krankenanstalten**	Vorherige schriftliche Zusage grundsätzlich nötig; Ausnahmen u.a. Notfall, einziges Versorgungskrankenhaus, akute Erkrankung/Unfall, Operation und für die ersten 3 Wochen bestimmter AHB. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 4 Abs. 6*	Bei akuter stationärer Behandlung in gemischter Anstalt vorherige Zusage nur noch erforderlich, wenn vorwiegend stationäre Psychotherapie. *Beleg: Tarif II.H.1 d) i.V.m. AVB/KKV § 5 Abs. 5*	Allgemeine AVB-Genehmigungsregeln für gemischte Anstalten; besondere AHB-/Rehaleistungen richten sich nach Tarif. *Beleg: AVB/Impats § 4/§ 5; Tarif 1.5-1.6*	Behandlung in gemischten Einrichtungen grundsätzlich nur bei vorheriger schriftlicher Zusage; TB enthält Ausnahmen, u.a. für bestimmte medizinisch notwendige AHB-Konstellationen. *Beleg: MB/KK § 4 Abs. 5; TB zu § 4 Abs. 5*
44	**Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht**	BD.2 je nach Zimmer/Verzicht bis 30 EUR/Tag; bei Teilstationär kein Ersatz-KHT. *Beleg: Tarif BD II.1.17*	60 EUR/Tag bei vollständigem Verzicht auf privatärztliche Leistungen und/oder 20 EUR/Tag ohne gesondert berechenbares Zimmer; kann bei beidem kumulieren. *Beleg: Tarif II.H.2*	Eigenes KHT 30 EUR/Tag erst ab 15. Tag, max. 20 Tage/Kalenderjahr; nicht als gleichwertige Wahlleistungs-Verzichtsleistung ausgestaltet. *Beleg: Tarif 1.7*	25 EUR je Tag erst ab dem 15. stationären Tag, höchstens 20 Tage je Kalenderjahr. *Beleg: Tarif CCS III.5*
45	**Genesungsgeld**	Keine eigenständige Genesungsgeld-Leistung in BD ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif BD/Gruppe*	1.500 EUR je Versicherungsfall bei gleichen Kernvoraussetzungen; Übergangspflege zählt als stationäre Heilbehandlung. *Beleg: Tarif II.I*	1.500 EUR je Versicherungsfall bei mindestens 14 Tagen stationär und insgesamt mindestens 90 Tagen stationär + anschließender AU. *Beleg: Tarif 1.8*	Bis 1.500 EUR je Versicherungsfall, wenn stationärer Aufenthalt mindestens 14 Tage dauerte und unmittelbar anschließende Arbeits-/Studierunfähigkeit zusammen mit dem Aufenthalt mindestens 90 Tage beträgt. *Beleg: Tarif CCS III.6*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
46	**Begleitperson im Krankenhaus**	Kosten für Unterbringung/Verpflegung einer medizinisch notwendigen Begleitperson werden erstattet; Nachweis des Krankenhauses. *Beleg: Tarif BD II.5*	Keine vergleichbare allgemeine stationäre Begleitpersonenleistung im Tarif H; Begleitkosten können nur in speziellen Auslandskonstellationen nach AVB § 3 Abs. 2 eine Rolle spielen. *Beleg: Tarif II.H; AVB/KKV § 3 Abs. 2*	Keine vergleichbare allgemeine tarifliche Begleitpersonenleistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in 1.2*	Keine eigenständige umfassende Rooming-in-/Begleitpersonenleistung im Tarif CCS ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS III.2*
47	**Kinderbetreuungsgeld**	25 EUR/Tag, wenn ein betreuender versicherter Elternteil stationär behandelt oder Begleitperson ist und ein im Haushalt lebendes Kind bis 12 Jahre nicht mit aufgenommen wird. *Beleg: Tarif BD II.6*	Keine entsprechende tarifliche Geldleistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif Study Secure Premium*	Keine entsprechende tarifliche Geldleistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in*	Keine eigenständige Kinderbetreuungsgeld-Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS III*
48	**Anschlussheilbehandlung (AHB)**	AHB ist nicht als eigenständige pauschale Tarifleistung zugesagt. Bei medizinisch notwendiger AHB entfällt aber unter Voraussetzungen für die ersten 3 Wochen die vorherige Zusage bei gemischten Einrichtungen, wenn sie binnen 28 Tagen an die Akutbehandlung anschließt. Leistungen gesetzlicher Rehaträger bleiben grundsätzlich ausgeschlossen. Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 4 Abs. 6 d); § 5 Abs. 1 d); Tarif BD II.2	medizinisch notwendige ambulante oder stationäre AHB 100 %, grundsätzlich Beginn binnen 4 Wochen (später bei medizinischem Grund); kein anderer Kostenträger. Stationär keine vorherige Zusage erforderlich; alle stationären Leistungen nach H.1 eingeschlossen. Beleg: Tarif II.J.1	100 % nur stationäre AHB, Beginn binnen 2 Wochen nach Akutbehandlung, und nur bei enumerierten Indikationen (u.a. Herz-OP/Infarkt, Wirbelsäule, Schlaganfall, Knie/Hüfte, Oberschenkelhals, Malignom); kein anderer Kostenträger. Beleg: Tarif 1.5	Keine breite, eigenständige 100-%-AHB-Zusage. Die allgemeinen Bedingungen/TB regeln AHB insbesondere im Zusammenhang mit gemischten Einrichtungen und nennen für bestimmte Indikationen eine Ausnahme von der Vorabzusage; die ausdrückliche CCS-Reha-Leistung betrifft ambulante Rehabilitation. Beleg: MB/KK § 4 Abs. 4-5; TB zu § 4 Abs. 5; Tarif CCS III.1.7
49	**Sonstige Rehabilitation / Kur / Sanatorium**	Während Kur-/Sanatoriumsbehandlung werden die ambulanten tariflichen Leistungen II.1.1-1.16 weiter erbracht; keine ausdrückliche volle Übernahme einer stationären Reha-/Kurunterbringung. Gesetzliche Reha-Maßnahmen grundsätzlich ausgeschlossen. *Beleg: Tarif BD II.2; AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 1 d)*	100 % medizinisch notwendige ambulante/stationäre sonstige Reha inkl. Kur/Sanatorium, sofern kein anderer Kostenträger; aber insgesamt max. 1.500 EUR innerhalb 36 Monaten. *Beleg: Tarif II.J.3*	Ambulante Reha, wenn übrige Leistungen nicht ausreichen: max. 20 Behandlungstage (Verlängerung bei dringender medizinischer Notwendigkeit), grundsätzlich 4 Jahre Abstand. Stationäre Kur/Sanatorium sonst ausgeschlossen; AHB-Sonderfall separat. *Beleg: Tarif 1.6; Tarif 1.2*	Ambulante Rehabilitation 100 %, wenn vorherige tarifliche Leistungen nicht ausreichen; grundsätzlich max. 20 Behandlungstage, Verlängerung bei dringender medizinischer Notwendigkeit; grundsätzlich 4-Jahres-Abstand. Stationäre Kur-/Sanatoriumsbehandlung ist ausdrücklich ausgeschlossen. *Beleg: Tarif CCS III.1.7 und III.2.1*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
50	**Entwöhnungsbehandlung / Sucht**	Erste drei Entziehungsmaßnahmen unter Voraussetzungen; vorherige schriftliche Zusage; Nikotinsucht ausgeschlossen. 1. Maßnahme 100 %, 2./3. zunächst 80 %, Rest nach ordnungsgemäßem Abschluss. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 1 b)*	Nur stoffgebundene Sucht, keine Nikotinsucht; vorherige Zusage; maximal eine ambulante oder stationäre Entwöhnung innerhalb 60 Monaten, stationär max. 4 Monate; keine Ein-/Zweibett- und Privat-/Wahlarztleistung. *Beleg: Tarif II.J.2*	Bis zu drei ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlungen unter Voraussetzungen; umfasst auch Verhaltenssüchte wie Internet-/Glücksspielsucht; Wahlleistungen nicht versichert. *Beleg: AVB/Impats § 4 Abs. 5*	70 % der allgemeinen Krankenhausleistungen für eine maximal 6-wöchige stationäre Entwöhnungsbehandlung in einem entsprechend qualifizierten, von der GKV hierfür zugelassenen Krankenhaus. Voraussetzungen: stoffgebundene Abhängigkeit (außer Nikotinsucht), vorherige schriftliche Leistungszusage, kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger und bislang noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung - auch nicht durch einen anderen Kostenträger finanziert. *Beleg: TB zu § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009*
51	**Übergangspflege im Krankenhaus**	Keine eigenständige Übergangspflege-Leistung nach § 39e SGB V im Tarif BD ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif BD/Gruppe*	100 % für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung, unmittelbar im selben Krankenhaus; umfasst Arznei-, Heil-, Hilfsmittel, Aktivierung, Grund-/Behandlungspflege, Entlassmanagement, Unterkunft/Verpflegung und ärztliche Behandlung; unabhängig von Pflegebedürftigkeit. *Beleg: Tarif II.L*	100 % für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung bei unmittelbarem Anschluss und fehlender/erschwerter Organisation von HKP, Kurzzeitpflege, Reha oder SGB-XI-Pflege; unabhängig von Pflegebedürftigkeit. *Beleg: Tarif 1.10*	Keine eigenständige Übergangspflege-Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS III.2*

Schwangerschaft

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
52	**Schwangerschaft / Vorsorge**	Versicherungsfall umfasst Schwangerschaft/Entbindung; 100 % im tariflichen Rahmen, keine besondere Wartezeit. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 1; Tarif BD II.1*	Schwangerschaft/Entbindung versichert; Entbindung 8 Monate Wartezeit, Ausnahmen u.a. Unfall/unvorhersehbare Schwangerschaftskomplikation. *Beleg: AVB/KKV § 1 Abs. 2; Tarif II.B.2-3; II.F*	Schwangerschaftsuntersuchung nach Mutterschafts-Richtlinien im ambulanten Tarif; Entbindung unterliegt 8 Monaten besonderer Wartezeit. *Beleg: Tarif 1.1 a); AVB/Impats § 3 Abs. 3*	Medizinisch notwendige Behandlung und Schwangerschaftsvorsorge im ambulanten Leistungsrahmen; für Entbindung gilt die besondere Wartezeit von 8 Monaten. *Beleg: Tarif CCS III.1; MB/KK § 3 Abs. 3*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
53	**Ambulante Entbindung / Hausgeburt / Geburtshaus**	100 % der einschlägigen Leistungen plus Geburtspauschale 750 EUR bei ambulanter/Hausgeburt; Geburtshaus bis vergleichbarer Krankenhauskosten. *Beleg: Tarif BD II.1.13*	Hebamme/Geburtshaus und geburtsbezogene Leistungen 100 %; 8 Monate Wartezeit für Entbindung. *Beleg: Tarif II.F; II.B.2*	Hebammen-/Entbindungsleistungen 100 % im tariflichen Rahmen; 8 Monate Wartezeit für Entbindung. *Beleg: Tarif 1.1 b), 1.2; AVB/Impats § 3 Abs. 3*	Leistungen für Hebammen/Entbindungspfleger sind versichert. Für Entbindung gilt 8 Monate Wartezeit. *Beleg: Tarif CCS III.1.5; MB/KK § 3 Abs. 3*
54	**Künstliche Befruchtung**	50 % nach vorheriger schriftlicher Zusage und Behandlungsplan; organische Sterilität, homologes System, Alters-/Versuchsgrenzen und weitere Voraussetzungen. *Beleg: Tarif BD II.3*	Ausdrücklich ausgeschlossen, einschließlich Arzneimittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. *Beleg: Tarif II.A.2*	100 % für Insemination/IVF/ICSI/hormonelle Stimulation bei organischer Sterilität, homologem Paar (verheiratet/eheähnlich) und mindestens 15 % Erfolgsaussicht; Vorabklärung empfohlen. *Beleg: Tarif 1.1 h)*	Inseminationen und künstliche Befruchtungen einschließlich der damit zusammenhängenden Maßnahmen ausdrücklich ausgeschlossen. *Beleg: Tarif CCS III.1.1*
55	**Kryokonservierung fertilitätserhaltend**	100 % unter engen Voraussetzungen nach gonadotoxischer Therapie, vorheriger Zusage; Sammlung/Aufbereitung/Transport/Einlagerung/Auftauen; als einmalige Leistung beschrieben und an spätere ART-Berechtigung gekoppelt. *Beleg: Tarif BD II.4*	Keine eigenständige tarifliche Kryokonservierungsleistung ausdrücklich geregelt; künstliche Befruchtung ist ausdrücklich ausgeschlossen. *Beleg: Tarif II.A.2; Tarif Study Secure Premium*	100 % Kryokonservierung und Lagerung von Ei-/Samenzellen samt Maßnahmen bei gefährdeter Zeugungsfähigkeit z.B. durch Chemo/Strahlentherapie; auch ohne unmittelbare Kinderwunschbehandlung. *Beleg: Tarif 1.1 h)*	Keine eigenständige fertilitätserhaltende Kryokonservierungsleistung ausdrücklich geregelt. Der Ausschluss künstlicher Befruchtung darf nicht ohne Weiteres mit jeder medizinisch indizierten Fertilitätserhaltung gleichgesetzt werden. *Beleg: Tarif CCS III.1.1*
56	**Fehlgeburt / nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch**	Versicherungsfall umfasst Fehlgeburt und nicht rechtswidrigen Abbruch nach den AVB. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 1*	Versicherungsfall umfasst Fehlgeburt und rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch nach AVB. *Beleg: AVB/KKV § 1 Abs. 2*	Versicherungsfall umfasst Fehlgeburt/Entbindung; nicht rechtswidriger Abbruch nach § 218a Abs. 2/3 StGB einschließlich Beratung/Begutachtung. *Beleg: AVB/Impats § 1 Abs. 2*	Fehlgeburt: medizinisch notwendige Behandlung kann über die allgemeinen MB/KK-Regeln erfasst sein. Ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch ist im CCS/MB-TB nicht ausdrücklich als Versicherungsfall genannt. *Beleg: MB/KK § 1; Tarif CCS III.1/III.2*

Zahn

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
57	**Zahnbehandlung**	100 % ohne tariflichen Jahreshöchstbetrag für allgemeine, prophylaktische, konservierende und operative Leistungen, Röntgen, Mund-/Kiefererkrankungen, Parodontologie. *Beleg: Tarif BD II.7*	100 % für Zahnbehandlung; 3 Monate Wartezeit. *Beleg: Tarif II.O.2; II.B.1*	100 % bis insgesamt 500 EUR/Versicherungsjahr, darüber 50 %; 8 Monate besondere Wartezeit. Für diese Zahnbehandlung lässt Ziff. 1.3 a) Gebühren innerhalb des GOZ/GOÄ-Gebührenrahmens zu; der Regelhöchstsatz steht nur bei der gesonderten Prophylaxeregelung 1.3 b). *Beleg: Tarif 1.3 a) und b); AVB/Impats § 3 Abs. 3, § 4 Abs. 1.*	100 % bis insgesamt 500 EUR je Kalenderjahr, darüber 50 %. Umfasst allgemeine/prophylaktische, konservierende, chirurgische, Schleimhaut-/Parodontal- und Röntgenleistungen; PZR ausgenommen. Keine Wartezeit für Zahnbehandlung, aber 300-EUR-Jahresselbstbehalt. *Beleg: Tarif CCS III.4.1-4.2; II; III.7*
58	**Zahnprophylaxe / professionelle Zahnreinigung**	Prophylaktische Leistungen sind in II.7 erfasst; keine ausdrückliche PZR-Ausschlussklausel. Eine gesonderte PZR-Definition oder ein eigener PZR-Höchstbetrag ist nicht geregelt. Beleg: Tarif BD II.7	GOZ-Individualprophylaxe 100 %, aber professionelle Zahnreinigung ausdrücklich ausgeschlossen; 3 Monate Wartezeit. Beleg: Tarif II.O.3; II.A.2; II.B.1	Prophylaxe im 500-EUR-Topf; professionelle Zahnreinigung und Bleaching ausdrücklich nicht erfasst. Beleg: Tarif 1.3 b)	Prophylaktische Leistungen grundsätzlich im Zahnbehandlungstopf; professionelle Zahnreinigung ist ausdrücklich ausgeschlossen. Beleg: Tarif CCS III.4.2
59	**Zahnersatz**	80 %; zusammen mit KFO max. 1.025 EUR je Person/Kalenderjahr. *Beleg: Tarif BD II.8*	70 %; zusammen mit Funktionsanalyse/KFO max. 500 EUR/Versicherungsjahr; 3 Monate Wartezeit. *Beleg: Tarif II.O.4; II.B.1*	50 %, max. 500 EUR/Versicherungsjahr; 8 Monate Wartezeit. *Beleg: Tarif 1.3 c); AVB/Impats § 3 Abs. 3*	50 %, zusammen mit KFO höchstens 500 EUR je Kalenderjahr; 8 Monate Wartezeit. Begriff umfasst u.a. prothetische Leistungen, Kronen und Inlays. *Beleg: Tarif CCS III.4.2*
60	**Implantate / Knochenaufbau**	Implantate einschließlich notwendigem Kieferknochenaufbau ausdrücklich als Zahnersatz erfasst: 80 % innerhalb 1.025-EUR-Jahresgrenze. *Beleg: Tarif BD II.8*	Implantologische Leistungen ausdrücklich Zahnersatz: 70 %, gemeinsamer 500-EUR-Jahresdeckel. *Beleg: Tarif II.O.4*	„Implantologische Leistungen gelten nicht als Zahnersatz“; eine alternative reguläre Implantatleistung ist im Tarif nicht vorgesehen. *Beleg: Tarif 1.3 c)*	Implantologische Leistungen gelten ausdrücklich nicht als Zahnersatz; eine alternative Implantatleistung im CCS ist nicht vorgesehen. Damit praktisch keine reguläre Implantatleistung. *Beleg: Tarif CCS III.4.2*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
61	**Funktionsanalyse / Schienen**	Im Zahnersatz-/KFO-Bereich mit umfasst; 80 %, gemeinsamer Deckel 1.025 EUR. *Beleg: Tarif BD II.8*	100 %, aber zusammen mit Zahnersatz/KFO max. 500 EUR/Versicherungsjahr. *Beleg: Tarif II.O.5*	Funktionsanalytische/-therapeutische Leistungen und Aufbissbehelfe/Schienen im Zahnersatzbegriff; 50 %, max. 500 EUR/Jahr. *Beleg: Tarif 1.3 c)*	Funktionsanalytische/-therapeutische Leistungen und Aufbissbehelfe/Schienen sind dem Zahnersatzbereich zugeordnet: 50 %, gemeinsamer Höchstbetrag 500 EUR/Jahr, 8 Monate Wartezeit. *Beleg: Tarif CCS III.4.2*
62	**Kieferorthopädie**	80 %, zusammen mit Zahnersatz max. 1.025 EUR/Jahr. Beginn nach 18 grundsätzlich ausgeschlossen, außer Unfall. *Beleg: Tarif BD II.8*	70 %, gemeinsamer 500-EUR-Deckel; KIG 3+, grundsätzlich unter 18, aber auch bei schweren Kieferanomalien mit kombinierter kieferchirurgisch-kieferorthopädischer Behandlung im Erwachsenenalter; 3 Monate Wartezeit. *Beleg: Tarif II.O.6; II.B.1*	50 %, max. 500 EUR/Jahr; nur wenn bei Behandlungsbeginn unter 18; vorher Heil- und Kostenplan; 8 Monate Wartezeit. *Beleg: Tarif 1.3 c); AVB/Impats § 3 Abs. 3*	50 %, zusammen mit Zahnersatz max. 500 EUR/Jahr; nur bei Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres und nach vorheriger Vorlage des Heil- und Kostenplans; 8 Monate Wartezeit. *Beleg: Tarif CCS III.4.2*
63	**Unfallbedingter Zahnersatz**	Keine separate höhere Unfallleistung; regulär 80 %/1.025 EUR bei Zahnersatz. *Beleg: Tarif BD II.8*	100 % bis 2.500 EUR innerhalb 2 Versicherungsjahren bei Unfall nach Versicherungsbeginn. *Beleg: Tarif II.O.4*	100 % bis 2.500 EUR innerhalb 2 Kalenderjahren bei Unfall nach Versicherungsbeginn. *Beleg: Tarif 1.3 c)*	100 % bis 2.500 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren, wenn der Unfall nach Versicherungsbeginn eintritt; Kau-/Bissschäden gelten nicht als Unfall. *Beleg: Tarif CCS III.4.3*
64	**Stationäre Zahnbehandlung**	Stationäre Leistungen nach allgemeinen Krankenhaus-/Zahnregeln, sofern medizinisch notwendig. *Beleg: Tarif BD II.1.17 und II.7-8; AVB § 4*	Nur wenn aus allgemeinmedizinischen Gründen nicht ambulant möglich; Wahl-/Privat-/Belegarzt nach Zahnregeln, übrige Krankenhausleistungen nach H. *Beleg: Tarif II.P*	Stationäre Heilbehandlung grundsätzlich versichert, aber Material-/Laborkosten bei stationär notwendiger Zahnbehandlung, Zahnersatz oder KFO ausdrücklich nicht versichert. *Beleg: Tarif 1.2*	Allgemeine Krankenhausleistungen können greifen; Material-/Laborkosten zahnärztlicher Leistungen im stationären Bereich sind ausdrücklich nicht versichert. Keine stationären Wahlleistungen. *Beleg: Tarif CCS III.2.1*

Ausland

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
65	**Krankenrücktransport**	100 % Mehrkosten nach Deutschland oder in das ursprüngliche Ausreiseland, wenn normale Reise nicht möglich und geeignete Behandlung vor Ort fehlt oder stationäre Behandlung voraussichtlich >2 Wochen dauert; normale Rückreisekosten werden abgezogen. *Beleg: Tarif BD II.9*	100 % Mehrkosten aus dem Ausland an einen geeigneten Ort nach Wahl in Deutschland, sofern ottonova organisiert und entweder adäquate Behandlung vor Ort nicht möglich/Schaden droht oder Rest-Krankenhausaufenthalt >14 Tage; Rückticket wird angerechnet. *Beleg: Tarif II.N.1-2*	100 % Mehrkosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Rücktransports aus Deutschland ins Heimatland, wenn stationäre Behandlung >2 Wochen dauern würde oder Versicherer zusagt. *Beleg: Tarif 1.4 a)*	Keine eigenständige Krankenrücktransport-Leistung im CCS/MB-TB ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS; MB/KK/TB*
66	**Überführung / Bestattung im Todesfall**	100 % der notwendigen Aufwendungen bis 15.000 EUR für die Überführung im Todesfall ins Heimatland oder die Bestattung in Deutschland. *Beleg: Tarif BD II.10*	Überführung des Leichnams bei Tod außerhalb Deutschlands zu anderem Bestattungsort: 100 % bis 10.000 EUR. *Beleg: Tarif II.N.3*	Bestattung im Geltungsbereich oder Überführung an den ständigen Wohnsitz bis 30.000 EUR. *Beleg: Tarif 1.4 b)*	Keine eigenständige Überführungs-/Bestattungskostenleistung im CCS/MB-TB ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS; MB/KK/TB*
67	**Rückholung minderjähriger Kinder**	100 % Reisekosten allgemeine Klasse und notwendige Übernachtung, zusammen max. 5.000 EUR je versichertem Kind unter 16, wenn alle betreuenden Erwachsenen rücktransportiert oder verstorben sind. *Beleg: Tarif BD II.11*	Keine eigenständige entsprechende Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif Study Secure Premium*	Keine eigenständige entsprechende Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in*	Keine eigenständige Leistung zur Rückholung minderjähriger Kinder ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS*
68	**Blutkonserventransport ins Ausland**	100 %, wenn an außereuropäischem Operationsort medizinisch notwendige Blutkonserven wegen Infektionsrisiko vor Ort beschafft/transportiert werden müssen. *Beleg: Tarif BD II.12*	Keine eigenständige entsprechende Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif Study Secure Premium*	Keine eigenständige entsprechende Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif DR-WALTER come-in*	Keine eigenständige Blutkonserventransport-Leistung ausdrücklich geregelt. *Beleg: Tarif CCS*

Ausschlüsse

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
69	**Vorsätzlich herbeigeführte Erkrankung/Unfall**	Grundsätzlich ausgeschlossen. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 1 b)*	Ausgeschlossen. *Beleg: AVB/KKV § 5 Abs. 7*	Ausgeschlossen. *Beleg: AVB/Impats § 5 Abs. 1 b)*	Leistungsausschluss bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten und Unfällen einschließlich deren Folgen. *Beleg: MB/KK § 5 Abs. 1 b)*
70	**Krieg / Terror**	Kriegsereignisse/Wehrdienstschäden grundsätzlich ausgeschlossen, soweit nicht ausdrücklich einbezogen. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 1 a)*	Krieg in Deutschland sowie bestimmte Kriegs-/Terrorrisiken im Ausland bei Reisewarnung ausgeschlossen; zusätzlich Wehrdienstschäden ausgeschlossen. *Beleg: AVB/KKV § 5 Abs. 9-10*	Ausschluss insbesondere bei aktiver Teilnahme an kriegerischen Ereignissen; Terroranschläge werden ausdrücklich nicht als Kriegsereignisse behandelt. *Beleg: AVB/Impats § 5 Abs. 1 a)*	Kriegsereignisse sind nach den allgemeinen MB/KK grundsätzlich ausgeschlossen, soweit keine tarifliche/gesetzliche Ausnahme eingreift; Terror ist nicht pauschal identisch zu Krieg zu behandeln. *Beleg: MB/KK § 5 Abs. 1 a)*
71	**Behandlung durch nahe Angehörige**	Honorare für Behandlung durch Ehe-/Lebenspartner, Eltern oder Kinder nicht erstattungsfähig; nachgewiesene Sachkosten bleiben. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 1 f)*	Vergleichbarer Ausschluss; Sachkosten bleiben. *Beleg: AVB/KKV § 5 Abs. 6*	Vergleichbarer Ausschluss; Sachkosten bleiben. *Beleg: AVB/Impats § 5 Abs. 1 e)*	Für Behandlung durch Ehe-/Lebenspartner, Eltern oder Kinder keine Erstattung des Honorars; nachgewiesene Sachkosten können erstattungsfähig bleiben. *Beleg: MB/KK § 5 Abs. 1 g)*
72	**Übermaßbehandlung / Kostenmissverhältnis**	Versicherer kann auf angemessenen Umfang/Betrag herabsetzen. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 2*	Übermaßbehandlung kann gekürzt, bei auffälligem Missverhältnis Leistung versagt/begrenzt werden. *Beleg: AVB/KKV § 5 Abs. 2-3*	Versicherer kann auf angemessenen Umfang/Betrag kürzen. *Beleg: AVB/Impats § 5 Abs. 2*	Bei medizinisch nicht notwendigem Umfang bzw. auffälligem Missverhältnis kann der Versicherer die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. *Beleg: MB/KK § 5 Abs. 2*
73	**Pflege-/ Verwahrungsunterbringung**	Behandlung wegen Pflegebedürftigkeit/Verwahrung grundsätzlich ausgeschlossen, soweit nicht tariflich anders. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 1 e)*	Pflege-/Verwahrungsunterbringung ausgeschlossen. *Beleg: AVB/KKV § 5 Abs. 8*	Pflege-/Verwahrungsunterbringung ausgeschlossen. *Beleg: AVB/Impats § 5 Abs. 1 f)*	Leistungsausschlüsse für Unterbringung, die im Wesentlichen Pflege/Verwahrung dient, nach den allgemeinen MB/KK; Pflegepflichtversicherung ist gesondert zu betrachten. *Beleg: MB/KK § 5*
74	**Vorrang anderer gesetzlicher Kostenträger**	Ansprüche z.B. aus gesetzlicher Unfall-/Rentenversicherung oder Heilfürsorge gehen vor. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 5 Abs. 3*	Andere Erstattungspflichtige/Kostenträger gehen nach AVB vor. *Beleg: AVB/KKV § 5 Abs. 1*	Gesetzliche Kostenträger gehen vor. *Beleg: AVB/Impats § 5 Abs. 3*	Soweit ein gesetzlicher Leistungsträger verpflichtet ist, gehen dessen Ansprüche grundsätzlich vor; der Tarif leistet nur im verbleibenden vertraglichen Umfang. *Beleg: MB/KK § 5 / § 6*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
75	**Anderweitige private Versicherung**	Andere Versicherungsverträge gehen tariflich vor. Leistet der Vorversicherer nicht im vertraglich/gesetzlichen Umfang, zahlt BD maximal 50 % des Rechnungsbetrags; nicht dort versicherte BD-Leistungen bleiben voll. *Beleg: Tarif BD III*	Vorrang anderweitiger Leistungsträger nach allgemeinen AVB; keine BD-ähnliche ausdrückliche 50-%-Restklausel im Study-Tarif. *Beleg: AVB/KKV § 5 Abs. 1*	Bei Auslandsreise-KV besteht Vorrang nur für den Ausgleich zwischen Versicherern; der Versicherte muss den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. *Beleg: AVB/Impats § 11 Abs. 5*	Bei weiterer Krankenversicherung gelten Anzeigepflichten und das Bereicherungsverbot/Quotierung nach den allgemeinen Bedingungen; kein freies „Doppelkassieren“. *Beleg: MB/KK § 9 Abs. 5; § 11*

Obliegenheiten

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
76	**Anzeige Krankenhausbehandlung**	Jede Krankenhausbehandlung binnen 10 Tagen nach Beginn anzeigen. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 10 Abs. 1*	Keine vergleichbare generelle 10-Tage-Anzeigefrist in § 15 AVB/KKV. *Beleg: AVB/KKV § 15*	Keine vergleichbare generelle 10-Tage-Anzeigefrist in § 9 AVB/Impats. *Beleg: AVB/Impats § 9*	Die in MB/KK § 9 Abs. 1 vorgesehene Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird durch die Tarifbedingungen ausdrücklich abbedungen/aufgehoben. *Beleg: TB zu § 9 Abs. 1 MB/KK*
77	**Auskunftspflicht / Vertrauensarzt**	Auskunftspflicht; Untersuchung durch beauftragten Arzt auf Verlangen. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 10 Abs. 2-3*	Auskunftspflicht; Untersuchung durch beauftragten Arzt auf Verlangen, Kosten trägt Versicherer. *Beleg: AVB/KKV § 15 Abs. 1-2*	Auskunftspflicht; Untersuchung durch beauftragten Arzt auf Verlangen. *Beleg: AVB/Impats § 9 Abs. 1-2*	Verlangte Auskünfte und Nachweise sind zu erteilen; Untersuchung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt ist auf Verlangen zu ermöglichen. *Beleg: MB/KK § 9 Abs. 2-3*
78	**Schadenminderung / Genesung**	Versicherte Person hat nach Möglichkeit für Schadenminderung/Genesung zu sorgen. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 10 Abs. 5*	Entsprechende Schadenminderungspflicht. *Beleg: AVB/KKV § 15 Abs. 3*	Entsprechende Schadenminderungspflicht. *Beleg: AVB/Impats § 9 Abs. 3*	Versicherte Person hat nach Möglichkeit für Minderung des Schadens zu sorgen und Handlungen zu unterlassen, die Heilung erschweren. *Beleg: MB/KK § 9 Abs. 4*
79	**Weitere Krankenversicherung / GKV melden**	Weiteren Krankheitskostenvertrag oder Nutzung GKV unverzüglich melden. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 10 Abs. 4*	GKV-Berechtigung/-Pflicht, Beihilfe oder freie Heilfürsorge unverzüglich melden. *Beleg: AVB/KKV § 15 Abs. 4*	Weiteren Krankheitskostenvertrag/GKV unverzüglich melden; Entfristung Aufenthaltstitel ebenfalls. *Beleg: AVB/Impats § 9 Abs. 4-5*	Abschluss/Bestand weiterer Krankenversicherung sowie Eintritt gesetzlicher Krankenversicherung sind unverzüglich mitzuteilen. *Beleg: MB/KK § 9 Abs. 5; Tarif CCS I*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
80	**Zusätzliche private KV / Krankenhaustagegeld**	Meldepflicht für weiteren Krankheitskostenvertrag; keine allgemeine vorherige Zustimmungsklausel. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 10 Abs. 4*	Zusätzliche Krankheitskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung bei anderem PKV-Unternehmen nur mit Einwilligung; Ausnahme unfallbezogenes KHT. *Beleg: AVB/KKV § 15 Abs. 5*	Meldepflicht; keine entsprechende generelle vorherige Zustimmungsklausel in § 9. *Beleg: AVB/Impats § 9 Abs. 4*	Zusätzliche Krankenhaustagegeldversicherung bzw. Erhöhung grundsätzlich nur mit Einwilligung des Versicherers, soweit MB/KK/TB dies verlangen. *Beleg: MB/KK § 9 Abs. 6; TB hierzu*
81	**Folgen Obliegenheitsverletzung**	Bei Verletzung von § 10 Abs. 1-4 nach Maßgabe § 28 VVG ganz/teilweise Leistungsfreiheit möglich. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 11 Abs. 1*	Bei Verletzung von § 15 Abs. 1-5 ganz/teilweise Leistungsfreiheit nach § 28 VVG; bei bestimmten nicht pflichtigen Verträgen ggf. Kündigung. *Beleg: AVB/KKV § 15 Abs. 6*	Bei Verletzung von § 9 Abs. 1-5 ganz/teilweise Leistungsfreiheit nach § 28 VVG. *Beleg: AVB/Impats § 10*	Je nach Verschulden vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit nach § 28 VVG; bei bestimmten Obliegenheiten kann bei nicht substitutiven Teilen zusätzlich Kündigung in Betracht kommen. *Beleg: MB/KK § 10*
82	**Psychotherapie - Vorabgenehmigung**	Keine besondere tarifliche Vorabgenehmigung für Psychotherapie. *Beleg: Tarif BD II.1.12*	Vorherige Zusage in Textform zwingend. *Beleg: Tarif II.D.6*	Vor Beginn begründeter Bericht und schriftliche Leistungszusage zwingend. *Beleg: Tarif 1.1 c)*	Vor Beginn ist ein ausreichend begründeter Bericht einzureichen und die schriftliche Leistungszusage einzuholen; sonst fehlt eine tarifliche Leistungsvoraussetzung. *Beleg: Tarif CCS III.1.4*
83	**Hilfsmittel - Vorabsteuerung**	Bei >350 EUR vorherige Vorlage der Verordnung/Abstimmung empfohlen, nicht als generelle Kürzungsvoraussetzung formuliert. *Beleg: Tarif BD II.1.9*	>500 EUR bei eigenmächtigem Bezug grundsätzlich 60 %; 100 % bei Concierge-Beschaffung/Abstimmung bzw. in Ausnahmen. *Beleg: Tarif II.E.4*	>500 EUR Kostenvoranschlag vor Bezug; ohne Vorlage grundsätzlich nur 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. *Beleg: Tarif 1.1 e)*	Für Sauerstoff-, Beatmungs-, Überwachungsgeräte und Pulsoximeter ist vorherige schriftliche Leistungszusage erforderlich; im Übrigen nur GKV-Hilfsmittelverzeichnis/Standardausführung. *Beleg: Tarif CCS III.1.3*
84	**Geplante Behandlung > 2.000 EUR - Auskunft**	Versicherer muss auf Anfrage vor Behandlungsbeginn innerhalb 4 Wochen, dringend 2 Wochen, über Umfang informieren; bei verspäteter Antwort wird medizinische Notwendigkeit bis zum Gegenbeweis vermutet. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 4 Abs. 8*	Vergleichbare Vorab-Auskunftsregel. *Beleg: AVB/KKV § 4 Abs. 4*	Vergleichbare Vorab-Auskunftsregel. *Beleg: AVB/Impats § 4 Abs. 3*	Vor Behandlung kann für voraussichtliche Kosten über 2.000 EUR eine verbindliche Auskunft zum Versicherungsschutz verlangt werden; Antwort grundsätzlich innerhalb 4 Wochen, bei Dringlichkeit 2 Wochen. Unterbleibt die Antwort, wird medizinische Notwendigkeit vermutet. *Beleg: MB/KK § 4 Abs. 7*

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student (CCS)
85	**Rechnungen / Nachweise**	Leistung nach Nachweisen; Originalrechnungen mit erforderlichen Angaben. Übersetzungs-/Überweisungskosten können unter Voraussetzungen abgezogen werden. *Beleg: AVB Gruppenversicherung (U) § 6*	Nachweise nach AVB; Leistung grundsätzlich auf deutsches Bankkonto, Kosten erforderlicher Übersetzungen können in bestimmten Fällen verrechnet werden. *Beleg: AVB/KKV § 7*	Leistung nach tarif-/AVB-konformen Nachweisen; Duplikate bei anderweitiger Versicherung möglich. *Beleg: AVB/Impats § 6*	Originale bzw. ordnungsgemäße Rechnungen/Nachweise mit Diagnose, Leistungsdaten und Gebührenziffern nach den allgemeinen MB/KK einzureichen; weitere Nachweise können verlangt werden. *Beleg: MB/KK § 6; Tarif CCS*
86	**Kündigungsflexibilität**	2 Jahre Mindestlaufzeit; danach 3 Monate zum Versicherungsjahresende. Keine DEGIS-Mitgliedschaft. Bei Rückkehr ins Heimatland monatlich kündbar. Bei Versicherungspflicht Ersatzvertrag nötig. Kündigung bei Hallesche; BD max. 5 Jahre. *Beleg: DR-WALTER 15.09.2026; AVB § 14*	2 Versicherungsjahre Mindestlaufzeit (= tatsächlich 13-24 Monate). Danach 3 Monate Kündigungsfrist zum Versicherungsjahresende. Ende spätestens nach 60 Monaten bzw. bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit. *Beleg: AVB/KKV §§ 12, 14 Abs. 3; Tarif I.D*	2 Monate Mindestlaufzeit; danach ohne Frist zum Monatsende kündbar. Bei Pflichtversicherung nur mit nahtlosem Ersatznachweis. *Beleg: Verbraucherinformationen Ziff. 13-14; AVB/Impats § 13 Abs. 1*	2 Versicherungsjahre Mindestlaufzeit, danach jährlich; 3 Monate Kündigungsfrist zum Versicherungsjahresende. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit/max. 60 Monaten KVS1-Umstufung, binnen 2 Monaten ablehnbar. *Beleg: TB zu § 8 Abs. 1-2; MB/KK § 13 Abs. 1; CCS I.2, I.4-I.5*

2. Kompaktes Ranking nach Einzelmerkmal

1 = stärkste Position; 4 = schwächste Position. Gleiche Platzzahlen kennzeichnen einen Gleichstand; „n.e." = nicht eindeutig sinnvoll platzierbar. Grün markiert positive Leistungs- oder Rechtsvorteile. Bei gleichartigen Ausschlüssen, Obliegenheiten oder bloß fehlender ausdrücklicher Regelung wird ein Gleichstand nicht als Leistungsplus grün hervorgehoben. Der Ø-Wert wird nur aus numerischen Platzierungen berechnet; n.e. und kontextabhängig bleiben unberücksichtigt.

Bei Merkmal 8 (zahnärztliche Gebühren) ist Provisit Student wegen der unterschiedlichen Grenzen für Zahnbehandlung und Prophylaxe nicht sinnvoll mit einer einzigen Platzzahl bewertet. Die Einzelregelungen in der Detailtabelle sind maßgeblich; der Durchschnittswert für Provisit Student berücksichtigt dieses Merkmal nicht.

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
1	Verglichene Tarifstufe / Zielgruppe	**kontextabhängig**	**kontextabhängig**	**kontextabhängig**	**kontextabhängig**
2	Gesundheitsprüfung / Aufnahme	1	2	2	2
3	Bereits laufender Versicherungsfall bei Beginn	**1**	**2**	**2**	**1**
4	Wartezeiten allgemein	**1**	**3**	**3**	**2**
5	Selbstbehalt	**1**	**1**	**1**	**2**
6	Primärarztprinzip / freie Arztwahl	**1**	**2**	**2**	**1**
7	Gebührenordnung Ärzte / Psychotherapie (GOÄ/GOP)	**1**	**2**	**2**	**3**
8	Gebührenordnung Zahn (GOZ/GOÄ) / Honorarvereinbarung	**1**	**2**	**n.e.**	**3**

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
9	Geltungsbereich / Reisen	1	2	2	3
10	Gezielte Behandlung im Ausland	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
11	Neugeborenennachversicherung	1	2	2	2
12	Weiterversicherung nach Befristung / Wegfall der Versicherungsfähigkeit	2	2	3	1
14	Ambulante ärztliche Behandlung	1	3	3	2
15	Vorsorge / Früherkennung	2	1	2	2
16	Schutzimpfungen	1	1	1	2
17	Arznei- und Verbandmittel	1	3	3	2
18	Heilmittel (Physio, Ergo, Logo etc.)	1	3	3	2
19	Ärztliche Naturheilverfahren	2	1	2	3
20	Heilpraktiker	1	3	2	3
21	Osteopathie	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
22	Psychotherapie	1	2	2	3
23	Hebamme / Entbindungspfleger ambulant	1	3	3	2
24	Strahlen-/Radiologiediagnostik und -therapie	1	2	2	2
25	Operative Sehschärfenkorrektur (Laser etc.)	1	4	2	4
26	Sehhilfen	1	2	2	3
27	Hilfsmittel allgemein	1	2	2	2
28	Hörgeräte / Hörimplantate	1	2	2	2
29	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	3	3	1	2
30	Notfall-/Rettungstransport	3	1	3	2
31	Krankenfahrten ambulant (Taxi/PKW/ÖPNV)	3	1	3	2
32	Wiederholte Krankenfahrten / Steuerung	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
33	Bergungskosten	n.e.	1	n.e.	n.e.
34	Häusliche Krankenpflege - Behandlungspflege	1	3	3	2
35	Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung	2	2	1	2
36	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	2	1	2	2
37	Soziotherapie	n.e.	1	n.e.	n.e.
38	Stationäres / teilstationäres Hospiz	3	1	3	2
39	Allgemeine Krankenhausleistungen	1	3	3	2

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
40	Zimmer / stationäre Wahlleistung	1	1	2	2
41	Privat-/Wahlarzt im Krankenhaus	1	1	2	2
42	Privatkliniken / nicht KHEntgG-BPflV	1	2	2	2
43	Gemischte Krankenanstalten	2	1	2	2
44	Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht	2	1	2	2
45	Genesungsgeld	3	1	3	2
46	Begleitperson im Krankenhaus	1	n.e.	n.e.	n.e.
47	Kinderbetreuungsgeld	1	n.e.	n.e.	n.e.
48	Anschlussheilbehandlung (AHB)	2	1	2	2
49	Sonstige Rehabilitation / Kur / Sanatorium	3	1	3	2
50	Entwöhnungsbehandlung / Sucht	2	2	1	4
51	Übergangspflege im Krankenhaus	2	1	2	2
52	Schwangerschaft / Vorsorge	1	2	2	2
53	Ambulante Entbindung / Hausgeburt / Geburtshaus	1	2	2	2
54	Künstliche Befruchtung	2	3	1	3
55	Kryokonservierung fertilitätserhaltend	2	2	1	2
56	Fehlgeburt / nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch	1	1	1	2
57	Zahnbehandlung	1	2	2	3
58	Zahnprophylaxe / professionelle Zahnreinigung	1	2	2	2
59	Zahnersatz	1	2	2	3
60	Implantate / Knochenaufbau	1	2	3	3
61	Funktionsanalyse / Schienen	2	1	2	3
62	Kieferorthopädie	2	1	2	3
63	Unfallbedingter Zahnersatz	2	1	1	1
64	Stationäre Zahnbehandlung	1	2	2	2
65	Krankenrücktransport	1	2	2	2
66	Überführung / Bestattung im Todesfall	2	2	1	2
67	Rückholung minderjähriger Kinder	1	n.e.	n.e.	n.e.
68	Blutkonserventransport ins Ausland	1	n.e.	n.e.	n.e.
69	Vorsätzlich herbeigeführte Erkrankung/Unfall	1	1	1	1
70	Krieg / Terror	2	2	1	2

Nr.	Merkmal	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
71	Behandlung durch nahe Angehörige	1	1	1	1
72	Übermaßbehandlung / Kostenmissverhältnis	1	1	1	1
73	Pflege-/Verwahrungsunterbringung	1	1	1	1
74	Vorrang anderer gesetzlicher Kostenträger	1	1	1	1
75	Anderweitige private Versicherung	2	2	1	2
76	Anzeige Krankenhausbehandlung	4	n.e.	n.e.	1
77	Auskunftspflicht / Versichererarzt	2	1	2	2
78	Schadenminderung / Genesung	1	1	1	1
79	Weitere Krankenversicherung / GKV melden	1	2	2	2
80	Zusätzliche private KV / Krankenhaustagegeld	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
81	Folgen Obliegenheitsverletzung	1	1	1	1
82	Psychotherapie - Vorabgenehmigung	1	2	2	2
83	Hilfsmittel - Vorabsteuerung	1	2	2	2
84	Geplante Behandlung > 2.000 EUR - Auskunft	1	1	1	1
85	Rechnungen / Nachweise	2	2	1	2
86	Kündigungsflexibilität	3	3	1	2
	Ø Platzierung	**1,47**	**1,76**	**1,89**	**2,05**

3. Zusammenfassung der Leistungsstärke

Bereich	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
Vertragsrahmen	**Stärken:** Keine Gesundheitsfragen, keine Wartezeiten, kein allgemeiner Selbstbehalt und keine Begrenzung bei Gebührenordnungen. **Schwächen:** DOGP.2 hat etwas geringere Leistungen als BD.2; die reguläre Kündigung ist nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit grundsätzlich nur zum Versicherungsjahresende mit drei Monaten Frist möglich, bei Rückkehr ins Heimatland jedoch monatlich.	**Stärken:** Kein allgemeiner Selbstbehalt; Fortführung in offene ottonova-Volltarife ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten bei Antrag innerhalb von drei Monaten. **Schwächen:** Primärarztmodell sowie besondere Wartezeiten für Zahn, Entbindung und ambulante Psychotherapie.	**Stärken:** Leistungsstufe 1 ohne Selbstbehalt; Fortführung in Barmenia einsA Prima 1 ohne erneute Gesundheitsprüfung. **Schwächen:** Allgemeine/besondere Wartezeiten, Primärarztmodell und Begrenzung auf Regelhöchstsätze.	**Stärken:** Automatische Umstufung in KVS1 der HanseMerkur ohne erneute Risikoprüfung bei erfüllten Voraussetzungen. **Schwächen:** 300 EUR Jahresselbstbehalt; besondere Wartezeiten.
Ambulant / Psychotherapie	**Stärken:** Freie Arztwahl, keine ausdrückliche GOÄ-Höchstsatzkappung, 100 % Psychotherapie ohne besondere Wartezeit sowie Heilpraktikerleistungen. **Schwächen:** Bei einzelnen modernen/sondergeregelten Leistungen ist die tarifliche Regelung weniger explizit als bei anderen.	**Stärken:** GOÄ bis Höchstsatz, gute Vorsorge und Primärarzt-Ausnahmen/Concierge-Freigabe. **Schwächen:** Primärarztmodell; ambulante Psychotherapie erst nach 8 Monaten, 25 Therapiestunden zu 100 %, danach 50 %.	**Stärken:** Solider ambulanter Grundschutz. **Schwächen:** Primärarztsteuerung; ohne Überweisung nur 75 %; Psychotherapie 75 % nach Vorabzusage und 8 Monaten Wartezeit; GOÄ nur bis Regelhöchstsatz.	**Stärken:** Freie Arztwahl und 100 % reguläre Arztbehandlung bis Regelhöchstsatz. **Schwächen:** 300 EUR Selbstbehalt; GOÄ nur bis Regelhöchstsatz; Psychotherapie nur 70 % bis 50 Sitzungen nach Zusage/8 Monaten; Heilpraktiker und besondere Naturheilverfahren ausgeschlossen.
Hilfsmittel / DiGA / Transporte	**Stärken:** Breiter Hilfsmittelkatalog, gute Sehhilfen- und Hörleistungen. **Schwächen:** DiGA differenzierter/enger geregelt; Transportleistungen in Teilbereichen weniger weit als Study Secure.	**Stärken:** Umfangreiche Rettungs- und Krankenfahrten sowie Bergungskosten; ordentliche Hilfsmittelleistungen. **Schwächen:** DiGA enger als bei Provisit; bei eigenmächtigem Bezug teurer Hilfsmittel erhebliche Kürzung möglich.	**Stärken:** DiGA weit formuliert. **Schwächen:** Hilfsmittel und Sehhilfen deutlich enger; bei teuren Hilfsmitteln stärkere Vorabsteuerung.	**Stärken:** DiGA tariflich vorgesehen und Notfalltransporte abgesichert. **Schwächen:** Nur Hilfsmittel des GKV-Verzeichnisses in Standardausführung; Sehhilfen ausgeschlossen; ambulante Fahrten genehmigungspflichtig.

Bereich	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
Stationär / Reha	**Stärken:** Zweibettzimmer/Privatarzt, Privatkliniken und Begleitperson leistungsstark. **Schwächen:** AHB/Reha weniger eigenständig und weitreichend zugesagt.	**Stärken:** Zweibettzimmer und Privatarzt; AHB 100 % unter den tariflichen Voraussetzungen. **Schwächen:** Sonstige Reha ist betrags-/zeitlich begrenzt; Privatkliniken können Eigenanteile auslösen.	**Stärken:** AHB für definierte Indikationen, Entwöhnungs- und Übergangspflege ordentlich geregelt. **Schwächen:** Nur allgemeine Krankenhausleistungen; stationäre Wahlleistungen fehlen.	**Stärken:** Allgemeine Krankenhausleistungen und ambulante Reha bis zu den tariflichen Grenzen. **Schwächen:** Stationäre Wahlleistungen ausgeschlossen; stationäre AHB/Reha nicht so breit eigenständig zugesagt.
Schwangerschaft / Kinderwunsch	**Stärken:** Keine besondere Entbindungswartezeit; Entbindung einschließlich 750-EUR-Pauschale; künstliche Befruchtung zu 50 % unter Voraussetzungen. **Schwächen:** Kinderwunschleistung nur 50 % und mit umfangreichen Voraussetzungen/Begrenzungen.	**Stärken:** Schwangerschaft/Entbindung grundsätzlich versichert. **Schwächen:** 8 Monate Entbindungswartezeit; künstliche Befruchtung ausdrücklich ausgeschlossen.	**Stärken:** Künstliche Befruchtung unter Voraussetzungen zu 100 %, einschließlich tariflich geregelter Kryokonservierung. **Schwächen:** 8 Monate Wartezeit für Entbindung.	**Stärken:** Schwangerschaft und Entbindung im Tarifumfang versichert. **Schwächen:** 8 Monate Wartezeit für Entbindung; künstliche Befruchtung ausdrücklich ausgeschlossen.
Zahn	**Stärken:** 100 % Zahnbehandlung, 80 % Zahnersatz/KFO bis 1.025 EUR, Implantate eingeschlossen; keine ausdrückliche GOZ-Höchstsatzkappung. **Schwächen:** Zahnersatz/KFO dennoch mit Jahresgrenze; keine gesonderte unbegrenzte PZR-Zusage.	**Stärken:** 100 % Zahnbehandlung und 70 % Zahnersatz im Tarifrahmen; GOZ bis Höchstsatz. **Schwächen:** Gemeinsamer 500-EUR-Deckel für Zahnersatz/Funktion/KFO; PZR ausgeschlossen.	**Stärken:** Zahnbehandlung einschließlich Prophylaxe im tariflichen Rahmen; für Zahnbehandlung nach Ziff. 1.3 a) gilt der GOZ/GOÄ-Gebührenrahmen. **Schwächen:** Ab 500 EUR Zahnbehandlung nur 50 %; Zahnersatz/KFO 50 % bis 500 EUR; PZR nicht versichert; für Prophylaxe nach Ziff. 1.3 b) gilt der Regelhöchstsatz.	**Stärken:** Zahnbehandlung einschließlich normaler Prophylaxe im Tarifrahmen. **Schwächen:** Ab 500 EUR Zahnbehandlung nur 50 %; Zahnersatz/KFO 50 % bis 500 EUR; PZR ausgenommen; GOZ nur Regelhöchstsatz; 300 EUR Jahresselbstbehalt wirkt zusätzlich.
Ausland / Assistance	**Stärken:** Breiter Auslands- und Assistance-Schutz mit Rücktransport sowie zusätzlichen Assistance-Leistungen. **Schwächen:** Die genaue Reichweite hängt vom jeweiligen Aufenthalts-/Reisezweck und den tariflichen Voraussetzungen ab.	**Stärken:** Reisen außerhalb EWR bis 6 Monate und geregelter Rücktransport nach Deutschland. **Schwächen:** Gezielte Behandlung außerhalb EWR nur nach Zusage; Rücktransport an Organisation durch ottonova geknüpft.	**Stärken:** Hohe Todesfallleistung und Rücktransport ins Heimatland. **Schwächen:** Außereuropäischer Schutz grundsätzlich stark zeitlich begrenzt.	**Stärken:** Europa-Schutz; vorübergehender außereuropäischer Schutz nach allgemeinen Bedingungen. **Schwächen:** Ab dem 2. Monat außerhalb Europas grundsätzlich Kürzung um ein Drittel; keine eigenständigen CCS-Zusagen für Rücktransport/Überführung/Kinderrückholung.

Gesamteinordnung

1. Provisit Grant (BD.2): Über die Breite der klassischen Krankheitskostenvollversicherung insgesamt am leistungsstärksten: keine Gesundheitsfragen, keine Wartezeiten, kein allgemeiner Selbstbehalt, freie Arztwahl, starke Psychotherapie/Hilfsmittel/stationäre Wahlleistungen/Zahn. Nicht-EU-Studierende wechseln spätestens nach 60 Monaten in DOGP.2 (gleichartiger früherer befristeter Schutz wird angerechnet); dieser hat etwas geringere Leistungen. Schwächen liegen vor allem bei der weniger eigenständigen AHB/Reha-Regelung.

2. Provisit Study Secure: Guter zweiter Platz mit GOÄ/GOZ bis Höchstsatz, Zweibettzimmer/Privatarzt, guter AHB-Regelung, Transportleistungen und Fortführungsrecht. Schwächen: Primärarztmodell, besondere Wartezeiten, nach 25 Therapiestunden nur 50 %, 500-EUR-Zahnersatzdeckel und Ausschluss künstlicher Befruchtung.

3. **Provisit Student**: Punktuell leistungsstark bei DiGA, Kinderwunsch/Kryokonservierung, Todesfallleistung, Entwöhnung und Kündigungsflexibilität. Insgesamt schwächer durch Primärarztmodell (75 % ohne Überweisung), GOÄ-Regelhöchstsatz für ambulante ärztliche Leistungen, 75 % Psychotherapie, fehlende stationäre Wahlleistungen sowie niedrige Zahngrenzen.

4. **Care Student**: Attraktiver Beitrag und ein außergewöhnlich klares automatisches KVS1-Fortführungsrecht bei erfüllten Voraussetzungen. Leistungsseitig jedoch im Gesamtvergleich am stärksten begrenzt: 300 EUR Selbstbehalt, GOÄ/GOZ nur Regelhöchstsatz, 70 % Psychotherapie, schmalerer Hilfsmittelkatalog, keine Sehhilfen sowie mehrere ausdrückliche Ausschlüsse.

Passenden Tarif auswählen & online abschließen:

Provisit Grant online abschließen → | **Provisit Study Secure online abschließen →** | **Provisit Student online abschließen →** | **Care Student online abschließen →**

4. Beitragsübersicht

Die Beitragsangaben von Provisit Student, Provisit Study Secure und Care Student stammen aus den aktuellen offiziellen Produkt-/Antragsseiten (Stand 15.09.2026). Für Provisit Grant (BD.2) werden die Einzelaltersbeiträge aus den verlinkten Verbraucher-/Versicherungsinformationen verwendet. Diese „Provisit-Grant-Tabelle“ ist ausdrücklich mit „Stand Mai 2020“ datiert und kann daher veraltet sein. Die offizielle Produktseite zeigt an prominenter Stelle weiterhin einen Einstiegspreis ab 156,41 EUR/Monat, enthält an anderer Stelle jedoch abweichende aktuelle Beitragsangaben. Verbindlich ist deshalb die aktuelle individuelle Beitragsberechnung. Beiträge sind keine Leistungsbedingung und können sich ändern.

Alter	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
18-20 Jahre	256,92 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR
21 Jahre	156,41 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR
22 Jahre	162,43 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR
23 Jahre	170,45 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR
24 Jahre	180,48 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR
25 Jahre	190,50 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR
26 Jahre	200,53 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR
27 Jahre	210,55 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR
28 Jahre	220,58 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR

Alter	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
29 Jahre	230,61 EUR	93,94 EUR	79,00 EUR	69,62 EUR
30 Jahre	239,03 EUR	113,05 EUR	129,00 EUR	95,68 EUR
31 Jahre	245,85 EUR	113,05 EUR	129,00 EUR	95,68 EUR
32 Jahre	251,46 EUR	113,05 EUR	129,00 EUR	95,68 EUR
33 Jahre	255,47 EUR	113,05 EUR	129,00 EUR	95,68 EUR
34 Jahre	257,88 EUR	113,05 EUR	129,00 EUR	95,68 EUR
35 Jahre	260,28 EUR	113,05 EUR	129,00 EUR	95,68 EUR
36 Jahre	262,69 EUR	113,05 EUR	129,00 EUR	95,68 EUR
37 Jahre	265,10 EUR	113,05 EUR	129,00 EUR	95,68 EUR
38 Jahre	267,50 EUR	113,05 EUR	129,00 EUR	95,68 EUR
39 Jahre	269,91 EUR	nicht versicherbar	129,00 EUR	95,68 EUR
40 Jahre	272,31 EUR	nicht versicherbar	129,00 EUR	nicht versicherbar
41 Jahre	275,12 EUR	nicht versicherbar	129,00 EUR	nicht versicherbar
42 Jahre	278,33 EUR	nicht versicherbar	129,00 EUR	nicht versicherbar
43 Jahre	282,74 EUR	nicht versicherbar	129,00 EUR	nicht versicherbar
44 Jahre	288,76 EUR	nicht versicherbar	129,00 EUR	nicht versicherbar
45 Jahre	296,78 EUR	nicht versicherbar	129,00 EUR	nicht versicherbar
46 Jahre	306,40 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
47 Jahre	317,63 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
48 Jahre	330,47 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
49 Jahre	344,90 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
50 Jahre	360,55 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
51 Jahre	377,39 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
52 Jahre	395,44 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
53 Jahre	413,88 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
54 Jahre	432,33 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
55 Jahre	450,78 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
56 Jahre	469,23 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
57 Jahre	487,68 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar

Alter	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
58 Jahre	506,12 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
59 Jahre	524,57 EUR	nicht versicherbar	166,00 EUR	nicht versicherbar
60 Jahre	543,02 EUR	nicht versicherbar	650,00 EUR	nicht versicherbar
61 Jahre	561,47 EUR	nicht versicherbar	650,00 EUR	nicht versicherbar
62 Jahre	579,92 EUR	nicht versicherbar	650,00 EUR	nicht versicherbar
63 Jahre	598,36 EUR	nicht versicherbar	650,00 EUR	nicht versicherbar
64 Jahre	616,81 EUR	nicht versicherbar	650,00 EUR	nicht versicherbar

* Provisit Grant (BD.2): Einzelaltersbeiträge gemäß Verbraucher-/Versicherungsinformationen, Stand Mai 2020. Diese Werte sind möglicherweise nicht mehr aktuell und müssen vor Abschluss anhand der aktuellen Beitragsberechnung überprüft werden.

Pflegepflichtversicherung / Zuschläge

Position	Provisit Grant (BD.2)	Provisit Study Secure	Provisit Student	Care Student
Pflegepflichtversicherung	ab 45,82 EUR (laut Produktseite; für Aufenthalte ab 1 Jahr)	31,92 EUR bis 38	31,92 EUR bis 38; sonst ab 76,59 EUR	31,92 EUR; nur wenn pflegeversicherungspflichtig
Optionales Krankentagegeld	ab 3,70 EUR	-	-	-

Offizielle Beitragsquellen: Provisit Grant · Study Secure · Provisit Student · Care Student

Jetzt Versicherung auswählen:

Provisit Grant online abschließen → | **Provisit Study Secure online abschließen →** | **Provisit Student online abschließen →** | **Care Student online abschließen →**

5. Primärquellen des Bedingungsvergleichs

Tarif	Versicherungsbedingungen	Produkt-/Beitragsseite
Provisit Grant (BD.2)	Versicherungsbedingungen öffnen	Offizielle Tarifseite öffnen
Provisit Study Secure	Versicherungsbedingungen öffnen	Offizielle Tarifseite öffnen
Provisit Student	Versicherungsbedingungen öffnen	Offizielle Tarifseite öffnen
Care Student (CCS)	Versicherungsbedingungen öffnen	Offizielle Tarifseite öffnen

Hinweis zur Verwendung: Der Vergleich ist eine strukturierte Auswertung der genannten Bedingungswerke und ersetzt weder die Prüfung des konkreten Versicherungsscheins noch individueller Besonderer Bedingungen, Nachträge oder Annahmeerklärungen. Bei Abschluss und im Leistungsfall ist stets der tatsächlich vereinbarte Vertragsstand maßgeblich.

Weitere Informationen für ausländische Studierende auf studentische-versicherungen.de