

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

BeihilfeMed Eco Tarifsysteem

Für Beihilfeberechtigte

BeihilfeMed Kompakt Eco Tarif BKE, BKEF

BeihilfeMed Kompakt Eco Hessen Tarif BKEH (Keine Leistungen bei stationärer Heilbehandlung. Im Übrigen analog Tarif BKE.)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

<p><u>BeihilfeMed Kompakt Eco Tarife BKE, BKEF</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufwendungen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Leistungen werden jeweils zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe im Rahmen etwaiger Höchstbeträge erstattet. Hiervon werden etwaige Selbstbeteiligungen für ambulante Leistungen abgezogen. • Zudem gilt bei ambulanten ärztlichen Leistungen grundsätzlich das sogenannte Hausarztmodell (siehe, Teil 1, Nr. 1.1.1, Seite 4). Bei Erstbehandlung durch einen Hausarzt sind grundsätzlich 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen Ausgangspunkt für die obige Erstattung, andernfalls 75%. • Bei Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen sind 70% der erstattungsfähigen Aufwendungen Ausgangspunkt für die obige Erstattung. Diese ist in den ersten fünf Versicherungsjahren auf die vorgesehenen Höchstbeträge begrenzt. <p>Ambulante Leistungen Ambulante Behandlung und Untersuchung sowie Kinderwunschbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen jeweils mit Selbstbeteiligung. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersgrenzen und Schutzimpfungen. Lasik Operation mit Höchstbeträgen und Selbstbeteiligung. Psychotherapie - Ausgangspunkt für die Erstattung nach der vereinbarten Tarifstufe sind von der 1. Sitzung an 70% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Leistungen des Heilpraktikers zu bestimmten Höchstbeträgen. Verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie Verband- und Hilfsmittel jeweils mit Selbstbeteiligung. Sehhilfen zu bestimmten Höchstbeträgen. Heilmittel (z.B. Massagen, Bäder, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie) mit Selbstbeteiligung. Transport im Notfall zum Arzt bzw. Krankenhaus. Pauschale bei bestimmten ambulanten Operationen. Pauschale bei einer ambulanten Entbindung.</p> <p>Zahnärztliche Leistungen Zahnbehandlung einschließlich Einlagefüllungen, Zahnkronen und Zahnersatz, Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung und Kieferorthopädie (bei Behandlungsbe-</p>	<p>ginn bis zum 19. Lebensjahr) einschließlich Material- und Laborkosten.</p> <p>Stationäre Leistungen Allgemeine Krankenhausleistungen. Belegärztliche Leistungen.</p> <p><u>BeihilfeMed Kompakt Eco Hessen Tarif BKEH</u> Aufbaustufe BKEH 15 für Hessen: Aufwendungen für ambulante und zahnärztliche Leistungen werden im Rahmen der Tarife BKE zu 15% ersetzt. Leistungen für stationäre Heilbehandlung sind nicht versichert.</p> <p><u>Zusätzliche Leistungen für BeihilfeMed Eco Tarife</u> Beitragsfreiheit ab dem 92. Tag eines Krankenhausaufenthaltes. Beratung und Informationen durch die Experten unseres Gesundheitstelefons (vgl. Druckstück B 541)</p> <p><u>Besondere Hinweise</u> Für folgende ambulante und stationäre Leistungen benötigen Sie unsere vorherige Zusage in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie • Entziehungsmaßnahme • Anschlussheilbehandlung <p>Wir empfehlen die vorherige Klärung Ihres Leistungsanspruchs bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderwunschbehandlung, • Lasik Operation, • Bezug von Hilfsmitteln (z.B. Hörgeräte, Atemtherapiegeräte), für die die Einschaltung unseres Hilfsmittelservices vorgesehen ist, • Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen und Kieferorthopädie, • Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, das auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführt. • einem über sechs Monate dauernden Auslandsaufenthalt außerhalb der EU / des EWR.
--	---

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 BeihilfeMed Kompakt Eco Tarife - BeihilfeMed Kompakt Eco Hessen Tarif

Allgemeines: Was ist versichert?	2
Allgemeines: Wie ermitteln Sie Ihren Leistungsanspruch?	3

Tarife BKE, BKEF, BKEH

1. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?	4
2. Was sind unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?	9
3. Was sind unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?	10
4. Was sind unsere Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung?	11
5. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen?	11
6. Welche Besonderheiten gelten bei Tarif BKEF 20?	12
7. Wer kann nach dem BeihilfeMed Kompakt Hessen Tarif BKEH 15 versichert werden?	12

Teil 2 Allgemeine Bestimmungen

1. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?	13
2. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	13
3. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	13
4. Gibt es Wartezeiten?	14
5. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	14
6. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	14
7. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	14
8. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	15
9. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	15
10. Wann haben Sie Anspruch auf eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?	15
11. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	15
12. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	16
13. Wie berechnen wir die Beiträge?	16
14. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	16
15. Gibt es eine Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalten?	16
16. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	17
17. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	17
18. Kann die versicherte Person in andere Tarife umstellen? Welche Regelungen gelten für die Selbstbeteiligungen?	17
19. Was geschieht, wenn sich der Beihilfebemessungssatz ändert bzw. der Beihilfeanspruch wegfällt?	18
20. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	19
21. Welche Gerichte sind zuständig?	20

Teil 1 BeihilfeMed Kompakt Eco Tarife BKE, BKEF und BKEH

Allgemeines: Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen jeweils im Tarif genannten Ereignissen.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch:

- Vorsorgeuntersuchungen und Zahnprophylaxe,
- Schutzimpfungen,
- Schwangerschaft und Entbindung,
- Kinderwunschbehandlung,
- durch Krankheit erforderliche Sterilisation,
- ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,
- Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven,
- Versorgung in einem stationären Hospiz,
- Todesfall.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr erforderlich ist. Muss die Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Allgemeines: Wie ermitteln Sie Ihren Leistungsanspruch?

Maßgeblich für die Ermittlung des Leistungsanspruchs ist die Art, der Umfang und die Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen. Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen AVB. Die Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen beträgt – sofern nicht anders geregelt - **100%**. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden grundsätzlich jeweils zu den Prozentsätzen der jeweils vereinbarten Tarifstufe erstattet.

Es gibt folgende Tarifstufen mit den entsprechenden Erstattungs-Prozentsätzen:

BeihilfeMed Kompakt Eco Tarife – BKE, BKEF und BKEH								
Tarifstufe BKE	50	45	40	35	30	25	20	15
Tarifstufe BKEF	<ul style="list-style-type: none"> Sie können die Tarifstufe BKEF 20 nur in Verbindung mit der Tarifstufe BKE 30 abschließen. Die Tarifstufe BKEF 20 endet mit dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person nach den Beihilfavorschriften als Versorgungsempfänger eingestuft wird. 						20	—
Tarifstufe BKEH	<ul style="list-style-type: none"> Diese Tarifstufe ist nur für Personen, die Anspruch nach den Beihilferegelungen des Bundeslandes Hessen oder einen damit übereinstimmenden Anspruch haben. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung sieht diese Tarifstufe nicht vor. 							15
Erstattungs-Prozentsatz*	50	45	40	35	30	25	20	15

* Bei bestimmten Leistungen werden die Erstattungs-Prozentsätze der jeweiligen Tarifstufe durch **Höchstbeträge** begrenzt. Sie erkennen diese in den folgenden Leistungsbeschreibungen daran, dass ergänzend eine Tabelle mit den Tarifstufen und dazugehörigen Höchstbeträgen eingefügt ist. Diese gibt Auskunft über unseren maximalen Leistungsbetrag in der jeweiligen Tarifstufe. Hiervon werden gegebenenfalls noch **tarifliche Selbstbeteiligungen** abgezogen. Die Selbstbeteiligungen sind ebenfalls in Tabellenform dargestellt.

Berechnungsbeispiel:

<p>Vereinbart ist die Tarifstufe BKE 50. Es gilt das Hausarztmodell. Für ärztliche Leistungen gilt grundsätzlich eine jährliche Selbstbeteiligung (SB) in Höhe von 20%, maximal 300,00 Euro für diese Tarifstufe.</p> <p>Zur Erstattung wird eine Rechnung vom Orthopäden über einen erstattungsfähigen Betrag von 1.000,00 Euro eingereicht. Die hierfür vorgesehene Selbstbeteiligung besteht noch in vollem Umfang.</p>	
<p>Vor der Behandlung wurde ein Hausarzt im Sinne dieser AVB eingeschaltet. Die Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen beträgt in diesem Fall 100%.</p>	<p>Vor der Behandlung wurde kein Hausarzt im Sinne dieser AVB eingeschaltet. Die Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen beträgt in diesem Fall 75%.</p>
<p><u>Es gilt:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.000 EUR x 100% (mit Hausarzt) = 1.000 EUR 1.000 EUR x 50% (BKE50) = 500 EUR 500 EUR – 100 EUR (20% SB) = 400 EUR <p>Wir zahlen also 400 EUR aus.</p> <p>Die bei der Auszahlung berücksichtigte SB von 100 Euro rechnen wir auf die maximale jährliche SB von 300 Euro an. Für das Versicherungsjahr verbleibt für weitere Versicherungsfälle somit eine restliche SB von 200 Euro.</p>	<p><u>Es gilt:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.000 EUR x 75% (kein Hausarzt) = 750 EUR 750 EUR x 50% (BKE50) = 375 EUR 375 EUR – 75 EUR (20% SB) = 300 EUR <p>Wir zahlen also 300 EUR aus.</p> <p>Die bei der Auszahlung berücksichtigte SB von 75 Euro rechnen wir auf die maximale jährliche SB von 300 Euro an. Für das Versicherungsjahr verbleibt für weitere Versicherungsfälle somit eine restliche SB von 225 Euro.</p>

1. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?

1.1 Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

1.1.1 Ärztliche Leistungen zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe im Rahmen etwaiger Höchstbeträge und nach Ausschöpfung einer grundsätzlich vorgesehenen Selbstbeteiligung.

Für die ambulanten ärztlichen Leistungen (ausgenommen Psychotherapie) steht das tarifbezogene sogenannte **Hausarztmodell** im Vordergrund. Dies bedeutet, dass unsere Versicherungsleistung für den jeweiligen Versicherungsfall von der vorherigen Einschaltung des Hausarztes abhängig ist. Im Übrigen kann die versicherte Person unter den niedergelassenen Ärzten frei wählen.

Erfolgt die Erstbehandlung durch einen Hausarzt, so ist Ausgangspunkt für die obige Erstattung **100%** der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Hausärzte im Sinne dieser AVB sind:

- Ärzte ohne (Fach)Gebietsbezeichnung
- als Hausarzt tätige Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung
- Praktische Ärzte
- Fachärzte für Kindererkrankungen ohne Schwerpunktbezeichnung
- Ärzte für Allgemeinmedizin
- Fachärzte für Augenerkrankungen
- Fachärzte für Gynäkologie
- Notärzte, Bereitschaftsärzte

Erfolgt die Erstbehandlung nicht durch einen Hausarzt, so ist Ausgangspunkt für die obige Erstattung **75%** der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Der reduzierte Erstattungssatz gilt dann für alle erforderlichen weiteren Behandlungen im Versicherungsfall.

Der Hausarzt kann nachträglich eingeschaltet werden. Bestätigt er in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung durch den Facharzt, dann gilt: Wir ersetzen die anschließenden Weiterbehandlungen entsprechend dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe.

Es gelten folgende Besonderheiten:

- **Vorsorgeuntersuchungen** (Eine Selbstbeteiligung gilt hierfür nicht), nach gesetzlich eingeführten Programmen – ohne Altersbegrenzungen, insbesondere
 - zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern,
 - zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit,
 - zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes.
- **Schutzimpfungen** (Eine Selbstbeteiligung gilt hierfür nicht), die von der
 - Ständigen Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes bzw.
 - Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheitempfohlen werden. Die Aufwendungen für die hierbei verwendeten Impfstoffe erstatten wir ebenfalls. Diese Regelung gilt auch für Reiseimpfungen.
- **Lasik Operation (Methode zur Behebung von Fehlsichtigkeit mittels Lasertechnik)**
In den einzelnen Tarifstufen gelten folgende Höchstbeträge.

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
600,00 EUR	540,00 EUR	480,00 EUR	420,00 EUR	360,00 EUR	300,00 EUR	240,00 EUR	180,00 EUR

Der Versicherungsfall umfasst die Behandlung beider Augen einschließlich der notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen durch den Leistungserbringer.

- **Kinderwunschbehandlung (Inseminationen und künstliche Befruchtung)**

Für den Leistungsanspruch müssen die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Bei der versicherten Person muss eine organisch bedingte Sterilität vorliegen. Diese kann allein mit Inseminationen / künstlicher Befruchtung überwunden werden. Ist diese Voraussetzung erfüllt, leisten wir auch für die Behandlung des nicht bei uns versicherten Partners. Dies gilt allerdings nur, soweit dieser gegenüber einem anderen Kostenträger keinen Leistungsanspruch hat.
- Bei Behandlungsbeginn hat die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die Behandlung erfolgt bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren.
- Für die gewählte Behandlungsmethode besteht eine Erfolgsaussicht von mindestens 15%.

Wir leisten

- bei der Insemination bis zu sechsmal sowie entweder
- bei der In-vitro-Fertilisation/IVF bis zu dreimal oder
- bei der intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI bis zu dreimal.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Kinderwunschbehandlung die Ergebnisse der durchgeführten Diagnostik bei beiden Partnern und den Behandlungsplan vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

• **Leisten wir für ambulante Entziehungsmaßnahmen?**

Ja, und zwar, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat – abgesehen von Beihilfeleistungen – keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung.
- Wir müssen vor Beginn der Maßnahme eine Zusage erteilt haben. Derartige Zusagen erteilen wir in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail). Diese können wir von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt **drei Maßnahmen** begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

Wir ersetzen nicht Aufwendungen für weitere Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

• **Psychotherapie** (Für diese Leistungen gelten weder das Hausarztmodell noch die Selbstbeteiligung.)

Ausgangspunkt für die Erstattung nach der jeweils vereinbarten Tarifstufe sind

70% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Dies gilt **ab der 1. Sitzung**.

Wir leisten aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine Zusage gegeben haben. Derartige Zusagen erteilen wir in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail).

Als Psychotherapie gilt die psychotherapeutische Heilbehandlung nach der Richtlinien-Psychotherapie. Diese beinhaltet die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.

Sie haben Fragen zu den Therapiemethoden? Sie wünschen Hilfe bei der Suche nach einem geeigneten Therapeuten? Unser Expertenteam gibt Ihnen Auskunft. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444**.

Welche Psychotherapeuten kann die versicherte Person wählen?

Bei **ambulanter Psychotherapie** muss ein Arzt mit einer der folgenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen die Behandlung vornehmen:

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiater und Psychotherapeut
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	Psychotherapie oder Psychoanalyse
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychosomatiker und Psychotherapeut

Die Behandlung kann auch ein Psychologischer Psychotherapeut bzw. bei Kindern und Jugendlichen ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut vornehmen. Diese müssen niedergelassen und im Arztregister eingetragen sein.

Die versicherte Person kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen.

Für die ärztlichen Leistungen **gilt grundsätzlich eine Selbstbeteiligung in Höhe von 20% bis folgende Höchstbeträge erreicht sind.**

Die Selbstbeteiligung beträgt in den einzelnen Tarifstufen je versicherte Person und Versicherungsjahr maximal

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
300,00 EUR	270,00 EUR	240,00 EUR	210,00 EUR	180,00 EUR	150,00 EUR	120,00 EUR	90,00 EUR

Die Selbstbeteiligung gilt nicht für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Psychotherapie.

¹ Höchstsätze der GOÄ sind

- der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Arztes.
- der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ.
- der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

1.1.2 Leistungen des Heilpraktikers einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe. In den einzelnen Tarifstufen gelten je Versicherungsjahr folgende Höchstbeträge:

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
125,00 EUR	112,50 EUR	100,00 EUR	87,50 EUR	75,00 EUR	62,50 EUR	50,00 EUR	37,50 EUR

Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Das Honorar für die jeweilige Leistung ist nur erstattungsfähig, soweit es im Rahmen der Beträge des GebüH liegt.

Unsere Leistung ist nicht auf die in Teil 2 Nr. 1 (vgl. Seite 13) beschriebenen Methoden und Arzneimittel beschränkt.

Welche Heilpraktiker können Sie wählen?

Die versicherte Person kann unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei wählen.

Wir ersetzen nicht Aufwendungen für vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie.

1.1.3 Verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie Verbandmittel.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe - abzüglich der hierfür vorgesehenen Selbstbeteiligung,

mit folgenden Besonderheiten:

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt bzw. Zahnarzt.

Die versicherte Person muss die Arzneimittel aus der Apotheke (auch Versand- oder Internetapotheke) beziehen. Der Bezug kann auch über eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle erfolgen.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Wir ersetzen nicht – auch nicht bei einer vorliegenden Verordnung – Aufwendungen für:

- Mittel, die ausschließlich zum Zweck der Empfängnisverhütung verordnet werden (z.B. Ovulationshemmer).
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz.
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts.
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses.
- Präparate zur Raucherentwöhnung.
- Präparate, die bei Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z.B. Falten-glättung) eingesetzt werden.
- Vitaminpräparate außer Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelerkrankungen,
- Stärkungsmittel.
- kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze.
- Mineralwässer sowie Nahrungsmittel außer Sondennahrung (siehe oben).
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Arzneimittel die vom Heilpraktiker verordnet wurden.

In den einzelnen Tarifstufen gelten - je versicherte Person und Versicherungsjahr - folgende Selbstbeteiligungen:

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
250,00 EUR	225,00 EUR	200,00 EUR	175,00 EUR	150,00 EUR	125,00 EUR	100,00 EUR	75,00 EUR

1.1.4 Heilmittel

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe - abzüglich der hierfür vorgesehenen Selbstbeteiligung -

im Rahmen der im Heilmittelverzeichnis der Bundesbeihilfeverordnung genannten Höchstbeträge.

Als Heilmittel gelten alle in diesem Heilmittelverzeichnis aufgeführten Leistungen. Das sind physikalisch-medizinische Leistungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen), medizinische Bäder sowie logopädische, podologische und ergotherapeutische Leistungen. Wir ersetzen auch erstattungsfähige Aufwendungen für osteopathische Leistungen, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker. Die Leistungen müssen von Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z.B. Physiotherapeut bzw. Ergotherapeut) erbracht werden. Diese müssen in eigener Praxis tätig sein.

Leisten wir auch bei ambulanten Anschlussheilbehandlungen?

Ja, und zwar, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Es muss sich um eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung) nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus handeln.
- Die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen.
- Wir müssen vor Beginn der Behandlung eine Zusage mit Angaben zur Höhe unserer Erstattungsleistung erteilt haben. Derartige Zusagen erteilen wir in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail).

In den einzelnen Tarifstufen gelten - je versicherte Person und Versicherungsjahr - folgende Selbstbeteiligungen:

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
100,00 EUR	90,00 EUR	80,00 EUR	70,00 EUR	60,00 EUR	50,00 EUR	40,00 EUR	30,00 EUR

Wir ersetzen nicht Aufwendungen für:

- sonstige Leistungen, wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder,
- Mehraufwendungen, die für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person entstehen,
- Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger,
- sonstige Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

1.1.5 **Hilfsmittel** (außer Sehhilfen).

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe abzüglich der hierfür vorgesehen Selbstbeteiligung. Für Hörgeräte gelten zudem Höchstbeträge.

Voraussetzung ist, dass die Hilfsmittel durch einen Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker verordnet wurden.

Folgende Hilfsmittel können Sie nach Verordnung direkt beziehen:

- Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen,
- Inhalationsgeräte,
- Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen,
- orthopädische Maßschuhe (erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der 100 EUR – bis zum 20. Lebensjahr 50 EUR – übersteigt),
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Aufwendungen für weitere Hilfsmittel, z.B. Atemtherapiegeräte, Krankenfahrstühle, Hörgeräte

ersetzen wir ebenfalls,

wenn Sie diese weiteren Hilfsmittel über unseren Hilfsmittelservice beziehen. Sie erreichen unseren Service telefonisch unter **0800/3746 444** (gebührenfreie Rufnummer).

Wir ersetzen darüber hinaus die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln. Dies gilt auch für die erforderliche Unterweisung zum Gebrauch von Hilfsmitteln.

Wenn Sie die weiteren Hilfsmittel ohne Einschaltung unseres Hilfsmittelservices bezogen haben, sind die Aufwendungen

zu 80% erstattungsfähig.

In diesem Fall sind auch die Aufwendungen für die Reparatur, Wartung und Unterweisung auch nur zu 80% erstattungsfähig.

Kann unser Hilfsmittelservice die Hilfsmittel nicht beschaffen, gilt: 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen sind Ausgangspunkt für die Erstattung im Rahmen der vereinbarten Tarifstufe. Dies gilt auch, wenn Sie die Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung beziehen. Der Bezug muss innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall erfolgen.

Für **Hörgeräte** gelten in den einzelnen Tarifstufen folgende Höchstbeträge. Die Höchstbeträge gelten je Ohr.

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
750,00 EUR	675,00 EUR	600,00 EUR	525,00 EUR	450,00 EUR	375,00 EUR	300,00 EUR	225,00 EUR

In den einzelnen Tarifstufen gelten – je versicherte Person und Versicherungsjahr – folgende Selbstbeteiligungen:

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
250,00 EUR	225,00 EUR	200,00 EUR	175,00 EUR	150,00 EUR	125,00 EUR	100,00 EUR	75,00 EUR

Wir ersetzen nicht Aufwendungen

- für die Reparatur an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen,
- für Gebrauch (z.B. Batterien) und Pflege (z.B. Reinigungs- oder Desinfektionsmittel) von Hilfsmitteln,
- für Produkte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.

1.1.6 **Sehhilfen (einschließlich Reparatur).**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe. In den einzelnen Tarifstufen gelten innerhalb von 48 Monaten folgende Höchstbeträge:

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
150,00 EUR	135,00 EUR	120,00 EUR	105,00 EUR	90,00 EUR	75,00 EUR	60,00 EUR	45,00 EUR

Als Sehhilfen gelten Brillengläser und -gestelle sowie Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen.

Wir ermitteln den Erstattungsbetrag ausgehend vom Bezugs- bzw. Reparaturdatum der aktuell eingereichten Rechnung.

1.1.7 **Transport**

in folgenden Fällen:

- Nach einem Unfall oder im Notfall
 - zum nächsterreichbaren Arzt bzw.
 - zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus,
- zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie,
- zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:
 - Schwerbehinderung mit dem Zusatz „aG“ (außergewöhnlich Gehbehindert), „Bl“ (Blindheit) bzw. „H“ (Hilfflos) oder
 - Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5.

Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind für jeden Kilometer 0,22 EUR erstattungsfähig.

1.1.8 **Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,**

wenn dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden.

Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe.

1.1.9 **Häusliche Behandlungspflege sowie ambulante Palliativmedizin.**

- Bei der häuslichen Behandlungspflege führen Pflegefachkräfte die medizinischen Leistungen (wie Verband- oder Katheterwechsel) nach Anweisung des Arztes durch.
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante ärztliche Palliativversorgung sowie die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

Voraussetzung ist jeweils eine Verordnung durch den Arzt.

Für Aufwendungen der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung gilt: Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe.

1.1.10 **Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers,**

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik von versicherten Frauen sind erstattungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn die Kurse mit dem Ehe- oder Lebenspartner durchgeführt werden.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe

- 1.1.11 Bei einer **ambulanten Operation** zahlen wir neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale. Diese beträgt nach der vereinbarten Tarifstufe

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
100,00 EUR	90,00 EUR	80,00 EUR	70,00 EUR	60,00 EUR	50,00 EUR	40,00 EUR	30,00 EUR

Als ambulante Operationen gelten die in unserem umfangreichen Verzeichnis aufgeführten Leistungen, z.B. Entfernung der Rachenmandeln, Nasen-/Kehlkopfpolyphen. Das Verzeichnis (Druckstück B 500/4) erhalten Sie kostenlos auf Anforderung. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444**.

Wir zahlen keine Pauschale

- für ambulante Operationen in den folgenden Bereichen: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche,
- für ambulante Hand- und Fußoperationen.

- 1.1.12 Bei einer **ambulanten Entbindung** der versicherten Person zahlen wir neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale. Bei Mehrlingsgeburten zahlen wir diese nur einmal.

Die Pauschale beträgt nach der vereinbarten Tarifstufe

BKE 50	BKE 45	BKE 40	BKE 35	BKE 30	BKE 25	BKE 20 BKEF 20	BKE 15 BKEH 15
500,00 EUR	450,00 EUR	400,00 EUR	350,00 EUR	300,00 EUR	250,00 EUR	200,00 EUR	150,00 EUR

2. Was sind unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- 2.1 **Zahnbehandlung (außer Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen) und Kieferorthopädie** zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe.

Es gelten folgende Besonderheiten:

- **Gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.**
- **Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR).**
- **Kieferorthopädische Leistungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen.**
Voraussetzung ist, dass bei Beginn der Behandlung die versicherte Person das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- **Material- und Laborkosten**
Voraussetzung ist, dass die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.²
- **Erstellen eines Heil- und Kostenplanes**

- 2.2 **Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen.**

Ausgangspunkt für die Erstattung nach den Prozentsätzen der jeweils vereinbarten Tarifstufe sind 70% der erstattungsfähigen Aufwendungen; in den ersten fünf Versicherungsjahren maximal bis zu den nachfolgend aufgeführten Höchstbeträgen.

Es gelten folgende Besonderheiten:

- **Zahnkronen, Brücken und Prothesen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen.**
- **Implantologische Leistungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen.**
- **Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.**
- **Einlagefüllungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen.**
- **Material- und Laborkosten**
Voraussetzung ist, dass die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.³

² Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

³ Siehe Fußnote 2.

In den einzelnen Tarifstufen gelten folgende Höchstbeträge:

Tarifstufe	Im ersten Versicherungs- jahr insgesamt	In den ersten zwei Versi- cherungs- jahren insgesamt	In den ersten drei Versi- cherungs- jahren insgesamt	In den ersten vier Versi- cherungs- jahren insgesamt	In den ersten fünf Versi- cherungs- jahren insgesamt
BKE 50	500,00 EUR	1.000,00 EUR	1.500,00 EUR	2.000,00 EUR	2.500,00 EUR
BKE 45	450,00 EUR	900,00 EUR	1.350,00 EUR	1.800,00 EUR	2.250,00 EUR
BKE 40	400,00 EUR	800,00 EUR	1.200,00 EUR	1.600,00 EUR	2.000,00 EUR
BKE 35	350,00 EUR	700,00 EUR	1.050,00 EUR	1.400,00 EUR	1.750,00 EUR
BKE 30	300,00 EUR	600,00 EUR	900,00 EUR	1.200,00 EUR	1.500,00 EUR
BKE 25	250,00 EUR	500,00 EUR	750,00 EUR	1.000,00 EUR	1.250,00 EUR
BKE 20, BKEF 20	200,00 EUR	400,00 EUR	600,00 EUR	800,00 EUR	1.000,00 EUR
BKE 15, BKEH 15	150,00 EUR	300,00 EUR	450,00 EUR	600,00 EUR	750,00 EUR

Die Begrenzung auf Höchstbeträge gilt nicht, wenn die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind. Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

Bei Wechsel aus einer anderen Krankheitskostenvollversicherung der DKV mit Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung gilt Folgendes: Bei der Ermittlung des Höchstbetrags rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Dies gilt nicht bei einem Wechsel aus einer Auslandsreise-Krankenversicherung.

Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan sowie einen Kostenvorschlag über Material- und Laborkosten vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

2.3 Welche Zahnärzte kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen Zahnärzten frei wählen. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten auch dann als zahnärztliche Heilbehandlung, wenn sie von einem Arzt ausgeführt worden sind.

2.4 Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Zahnärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze⁴ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ bzw. der GOZ entsprechen.

3. Was sind unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen der vereinbarten Tarifstufe für:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen.

3.2 Belegärztliche Leistungen.

Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte. Sie behandeln die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze⁵ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen.

⁴ Höchstsätze sind

- der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Zahnarztes nach der GOÄ bzw. GOZ.
- der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ.
- der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

⁵ Höchstsätze der GOÄ sind

- der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Arztes.
- der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ.
- der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

3.3 **Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers.**

Die Gebühren müssen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sein.

3.4 **Transporte zum und vom Krankenhaus** bis zu einer Entfernung von 100 km.

Ab einer Entfernung von mehr als 100 km ersetzen wir nur die Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3.5 **Für die Unterbringung einer Bezugsperson als Begleitperson (Rooming-in).**

Voraussetzungen sind:

- Neben einem versicherten Kind wird während einer vollstationären Krankenhausbehandlung eine Bezugsperson als Begleitperson stationär aufgenommen,
- das versicherte Kind hat das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- die Mitaufnahme der Begleitperson ist aus medizinischen Gründen notwendig.

3.6 **Welche Krankenhäuser kann die versicherte Person wählen?**

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Sie müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.

3.7 **Leisten wir auch bei stationärer Psychotherapie?**

Ja, aber nur dann, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine Zusage gegeben haben. Derartige Zusagen erteilen wir in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail).

3.8 **Leisten wir auch bei Anschlussheilbehandlungen?**

Ja, und zwar, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Es muss sich um eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung) nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus handeln.
- Die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen.
- Wir müssen vor Beginn der Behandlung eine Zusage mit Angaben zur Höhe unserer Erstattungsleistung erteilt haben. Derartige Zusagen erteilen wir in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail).

Wir ersetzen nicht Aufwendungen für:

- Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger,
- sonstige Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

3.9 **Leisten wir auch bei Entziehungsmaßnahmen?**

Ja, und zwar, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat – abgesehen von Beihilfeleistungen – keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung.
- Wir müssen vor Beginn der Maßnahme eine Zusage erteilt haben. Derartige Zusagen erteilen wir in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail). Diese können wir von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ersetzen wir nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen. Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt **drei Maßnahmen** begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

Wir ersetzen nicht Aufwendungen für weitere Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

3.10 **Hinweis zu stationären Heilbehandlungen**

Beachten Sie bei Behandlungen in Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, folgendes: Bitte klären Sie vor der Behandlung Ihren Leistungsanspruch mit uns ab.

3.11 **Wie rechnen wir die Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen ab?**

Berechnet das Krankenhaus eine Fallpauschale für das gesunde Neugeborene, gilt Folgendes: Diese Aufwendungen gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Sie sind im Rahmen des bestehenden Versicherungsschutzes der Mutter erstattungsfähig.

4. **Was sind unsere Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung?**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung im Rahmen unserer hierfür geltenden Tarifbedingungen (vgl. Druckstück B 110/5).

5. **Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen?**

Unsere umfangreichen Serviceleistungen des

- **Gesundheitstelefon und**
- **24-Stunden-Notruf-Services**

sind in gesonderten AVB Serviceleistungen (vgl. Druckstück B 541) aufgeführt. Sie sind Gegenstand des Versicherungsschutzes nach diesen Tarifen. Die AVB Serviceleistungen gelten nur in Verbindung mit diesen AVB.

6. **Welche Besonderheiten gelten bei Tarif BKEF 20**

Sie können die Tarifstufe **BKEF 20** nur in Verbindung mit der Tarifstufe **BKE 30** abschließen.

Für die Kombination dieser Tarifstufen beträgt der prozentuale Erstattungssatz
50% der erstattungsfähigen Leistungen.

Die Laufzeit der Tarifstufe **BKEF 20** ist befristet bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres.

Danach reduziert sich durch den Entfall der Tarifstufe **BKEF 20** der Prozentsatz auf **30%**. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50% auf 70% erhöht wird. Anderenfalls müssen Sie von vornherein die Tarifstufe **BKE 50** wählen.

Sollte die gewählte Kombination der Tarifstufen **BKEF 20** und **BKE 30** mit Vollendung des 67. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, gilt Folgendes: Es ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe **BKE 50** unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Im Allgemeinen ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

Weitere Kombinationen zwischen den einzelnen Tarifstufen sind nicht zulässig.

7. **Wer kann nach dem BeihilfeMed Kompakt Hessen Tarif BKEH 15 versichert werden?**

Der Tarif BKEH 15 kann nur in Kombination mit den **Tarifstufen BKE** vereinbart werden.

Versichert werden können Personen, die einen Anspruch nach den Beihilferegelungen des Bundeslandes Hessen oder einen damit übereinstimmenden Anspruch haben.

Endet Tarif BKE, so endet zeitgleich auch Tarif BKEH.

Teil 2 Allgemeine Bestimmungen

1. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir unter folgenden Voraussetzungen für weitere Methoden und Arzneimittel: Diese müssen sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Oder sie müssen deswegen angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können in diesen Fällen unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei einer schulmedizinischen Behandlung angefallen wäre.

2. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

2.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen der Tarife (vgl. Teil 1).

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die jeweils durch Kriegsereignisse verursacht wurden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle.

Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
- sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
- sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- Solche Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von unserer Leistungserstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt erst dann, wenn wir Ihnen den Ausschluss mitgeteilt haben. Ist zum Zeitpunkt unserer Mitteilung die Behandlung noch nicht abgeschlossen, gilt Folgendes: Wir ersetzen die weiteren Aufwendungen für längstens drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Zugangs unserer Mitteilung.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2.2 Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:

- Wir können unsere Zahlungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- Die Gesamterstattung ist – auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt. Beihilfeansprüche rechnen wir also an.
- Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
 - vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 2 Nr. 3, Seite 13 f.),
 - bei Aufhalten im Ausland (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 14),
 - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 12, Seite 16),
 - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 14, Seite 16).

3. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

3.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

3.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn angefallen sind. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

3.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz. Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

- 3.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 19, Seite 18 f. und Nr. 20, Seite 19 f.). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

4. Gibt es Wartezeiten?

- 4.1 In den Tarifen BKE, BKEF und BKEH gibt es keine Wartezeiten.

5. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

- 5.1 Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein. Liegen die Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, gilt Folgendes: Wir ersetzen diese Aufwendungen, wenn und soweit sie in dem jeweiligen europäischen Staat üblich sind. Dies gilt auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums.
- 5.2 Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Unsere Versicherungsleistungen sind auf das Doppelte der Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen wären. Voraussetzung dafür ist, dass die im außereuropäischen Ausland entstehenden Aufwendungen höher und dort üblich sind. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Solange sie die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, besteht für bis zu zwei weitere Monate Versicherungsschutz.
- Bitte teilen Sie uns unverzüglich mit, wenn der vorübergehende Aufenthalt im außereuropäischen Ausland länger als sechs Monate dauern wird. Wir prüfen dann, ob eine Vereinbarung zur weiteren Fortführung des Versicherungsschutzes möglich ist.
- 5.3 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.
- 5.4 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie die betreffende Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt:

Wir empfehlen Ihnen, rechtzeitig vor Antritt einer länger dauernden Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Dies kann auch bei kürzeren Reisen Sinn machen. Die Leistungen dieser Tarife sind grundsätzlich nur auf das deutsche Gesundheitssystem ausgerichtet. Auch sind die Beihilfeleistungen bei Auslandsaufenthalten begrenzt. Die Tarifleistungen können somit ggf. zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen. Rufen Sie uns bei Bedarf unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444** an.

6. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- 6.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. die Beihilfe), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben. Wir können von Ihnen den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
- Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen sowie die Krankheitsbezeichnungen enthalten. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel müssen Sie uns zusammen mit der Verordnung senden. Wir empfehlen, Rezepte zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung vorzulegen. Beim Bezug einer Brille genügt die Angabe der Dioptrienwerte in der Optikerrechnung.
- 6.2 Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
- 6.3 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

7. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?

- 7.1 Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.
- 7.2 Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

8. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

- 8.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.
In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.
- 8.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
- 8.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

9. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden. Dieses Abtretungsverbot gilt nicht, wenn wir mit einer DKV-Card die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Aufenthalt in einem Krankenhaus garantieren. Das Abtretungsverbot gilt auch dann nicht, wenn wir auf Ihren Wunsch direkt mit dem stationären Hospiz abrechnen.

10. Wann haben Sie Anspruch auf eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?

- 10.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer. Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:

Wir können

- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
- die Rückstellung auszahlen,
- die Leistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken,
- für gesundheitsbewusstes Verhalten eine AktivPrämie ausloben. Damit belohnen wir bestimmte von uns angeratene Maßnahmen, z.B. den Besuch eines Fitnesskurses.

Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.

- 10.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der versicherten Person erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.
- 10.3 Entscheiden wir uns für eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung gilt: Ein Anspruch für die versicherte Person besteht nur, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:
- Aus der Versicherung der versicherten Person haben wir für das Geschäftsjahr keine Leistungen für ambulante und/oder zahnärztliche Heilbehandlung erbracht. Ausgenommen sind Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigungen (PZR). Diese Leistungen müssen in der Rechnung als eigenständige Leistungen ausgewiesen sein. Sie dürfen nicht im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung durchgeführt worden sein.
 - Die Versicherung hat in diesem Tarif während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und besteht noch am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
 - Für die Versicherung besteht kein Beitragsrückstand zum 31. Dezember des Geschäftsjahres.

Wir können die Höhe der Beitragsrückerstattung nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, für die ein Anspruch besteht, staffeln. Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

11. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 11.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- 11.2 Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- 11.3 Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- 11.4 Die versicherte Person darf neben den Tarifen, denen diese AVB zu Grunde liegen, keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung (Ausnahme: Auslandsreise-Krankenversicherung) bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortführen oder abschließen.

12. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 12.1 Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf gesondert hingewiesen haben. Diese Hinweise erhalten Sie in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail). Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.
- 12.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

13. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 13.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag des nächsthöheren Alters. Den geänderten Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- 13.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des Alterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren.
- 13.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir – außer in den Ausbildungstarifen – eine Alterungsrückstellung anrechnen.
- 13.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

14. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 14.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- 14.2 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.
- 14.3 Für Versicherte mit Anspruch auf Leistungen aus den Tarifen BKE, BKEF bzw. BKEH gilt Folgendes: Sind Sie mit einem Betrag von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Darüber hinaus haben Sie für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes zu zahlen. Hinzu kommen Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens jedoch 5 EUR je Mahnung. Ist der Beitragsrückstand zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung höher als ein Monatsbeitrag, gilt Folgendes: Sie erhalten von uns eine zweite Mahnung. In dieser weisen wir Sie auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages hin. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als ein Monatsbeitrag, ruht der Versicherungsvertrag. Das Ruhen tritt ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats ein. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im branchenweit einheitlichen Notlagentarif versichert. Hierüber erhalten Sie von uns eine entsprechende Mitteilung zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für diesen Tarif. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein bzw. endet, wenn die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne der sozialrechtlichen Vorschriften ist bzw. wird.
- 14.4 Für Versicherte mit Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt Folgendes: Solange Sie den ersten Beitrag schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.

15. Gibt es eine Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalten?

Ja, und zwar für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt der versicherten Person. Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Sie haben einen Anspruch auf Kostenerstattung für vollstationäre, mindestens 92 Tage dauernde ununterbrochene Heilbehandlung und
- der betroffene Tarif besteht (auch für die Dauer einer Anwartschaftsversicherung) mindestens während der letzten 12 Monate ohne Beitragsrückstände.

Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bezieht sich auf volle Monatsbeiträge einschließlich des gesetzlichen Beitragszuschlages und etwaiger Risikozuschläge. Die Beitragsfreiheit gilt für alle vereinbarten Tarife, die in diesen AVB enthalten sind.

16. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 16.1 Wir garantieren im Rahmen dieser AVB Ihren Leistungsanspruch für die gesamte Dauer der Versicherung. Bei der Kalkulation des Beitrags berücksichtigen wir z.B. die Kosten der Heilbehandlung und die Lebenserwartung. Spätere Änderungen bei diesen Faktoren können die Ausgaben für unsere Leistungen beeinflussen. Wir vergleichen daher mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene) eines Tarifs separat.
Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung bei den Leistungen von über 5%, müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Die gleiche Pflicht haben wir bei einer Abweichung von über 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten.
In allen Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.
Bei einer Beitragsanpassung können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag ändern.
- 16.2 Wir prüfen bei Änderungen des Beitrags auch den Zuschlag, der für die Beitragsbegrenzung im branchenweit einheitlichen Basistarif erforderlich ist. Die gleiche Prüfung erfolgt für den Zuschlag, der für die Beitragsgarantie im branchenweit einheitlichen Standardtarif erforderlich ist. Dabei vergleichen wir diese Zuschläge mit den kalkulierten Zuschlägen. Soweit erforderlich, passen wir die Zuschläge dann ebenfalls an.
- 16.3 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

17. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 17.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- 17.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

18. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln? Welche Regelungen gelten für die Selbstbeteiligungen?

18.1 Optionsrecht

Sie haben die Möglichkeit einmalig zu **Beginn des 5. Versicherungsjahres** zu erleichterten Bedingungen Ihren Versicherungsschutz zu erhöhen. Maßgeblich für den Umstellungszeitpunkt ist der erstmalige Beginn der Versicherung nach einem BeihilfeMed Kompakt Eco Tarif.

Sie können in die Tarife des leistungsstärkeren BeihilfeMed Tarifsystems einschließlich dazugehöriger Aufbaustufen (z.B. für Wahlleistungen nach Tarif BKH2) wechseln.

Die Voraussetzungen dafür sind,

- dass die Versicherung nach einem BeihilfeMed Kompakt Eco Tarif bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen hat und
- dass für die versicherte Person ab dem Umstellungszeitpunkt ein Anspruch auf Beihilfe besteht.

Folgende erleichterte Bedingungen gelten für die Erhöhung:

- a) Wir verzichten auf neue Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse. Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wird, werden
 - bestehende Zuschläge für ein erhöhtes Risiko grundsätzlich zu den gleichen Prozentsätzen auf die neuen Tarife einschließlich Aufbaustufen übertragen und
 - bestehende Leistungsausschlüsse übertragen.
- b) Für laufende Versicherungsfälle leisten wir ab Änderungstermin nach dem dann geltenden Tarif. Es gibt keine Wartezeiten.
- c) Der vom Umstellungszeitpunkt an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person. Wir berücksichtigen auch erworbene Alterungsrückstellungen.
- d) Der Antrag muss spätestens vor dem Umstellungszeitpunkt bei uns vorliegen.

Die in diesen BeihilfeMed Tarifen versicherten und bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kinder haben kein eigenes Optionsrecht. Ihr Optionsrecht ist an das des Elternteils gebunden. Das bedeutet:

- Haben beide Elternteile ein tarifliches Optionsrecht, kann das Kind nur einmal mit einbezogen werden. Bei welchem Elternteil das Kind einbezogen wird, können Sie wählen.
- Maßgeblich für das Kind sind die jeweiligen Voraussetzungen des für das Elternteil geltenden Optionsrechts.
- Übt ein in diesem Tarif versichertes Elternteil das oben genannte Optionsrecht aus, kann es das Kind mit in sein Optionsrecht einbeziehen.
- Der über das Optionsrecht gewählte Versicherungsschutz kann für Elternteil und Kind unterschiedlich sein.

18.2 **Wechsel in andere DKV-Tarife:**

Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an.

Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen. Der Wechsel in den branchenweit einheitlichen Notlagentarif ist ebenfalls ausgeschlossen.

18.3 **Wechsel in den Standard- bzw. Basistarif:**

Sie können für versicherte Personen die Umwandlung der Versicherung in einen gesetzlich vorgeschriebenen Grundschutz verlangen. Branchenweit einheitlich bieten wir hierfür den Standardtarif sowie den Basistarif an. Beide Tarife haben einen gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag. Der Versicherungsschutz ist vergleichbar mit demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Umwandlung ist nur für Personen möglich, für die eine private Krankheitskostenvollversicherung besteht. Die Umwandlung in den Standardtarif ist nur möglich, wenn eine solche Versicherung vor dem 1.1.2009 begonnen hat.

Die genauen Voraussetzungen für eine Umwandlung in diese Tarife ergeben sich aus dem Gesetz. Bei Interesse können Sie uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 076** anrufen. Wir informieren Sie gern und senden Ihnen auf Wunsch entsprechende Informationen zu.

18.4 **Regelungen zu den Selbstbeteiligungen einschließlich bei Wechsel aus anderen DKV-Tarifen in diese Tarife:**

- Die Aufwendungen rechnen wir dem Kalenderjahr zu, in dem
 - die Heilbehandlung durchgeführt worden ist bzw.
 - die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
- Falls die Versicherung nicht am 1. Januar, sondern innerhalb des laufenden Versicherungsjahres beginnt, gilt Folgendes:
Wir mindern die Selbstbehalte für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat.
Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern wir die Selbstbehalte nicht.
- Falls Sie nicht am 1. Januar, sondern innerhalb des laufenden Versicherungsjahres innerhalb der Tarifstufe(n) bzw. aus einem anderen Tarif der Krankheitskosten-Vollversicherung wechseln, gilt Folgendes:
Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung gilt immer der unveränderte bisherige Selbstbehalt.
 - Bei Herabsetzung der Selbstbehalte gelten nach der Umwandlung die neuen Selbstbehalte ungemindert. Für das Umwandlungsjahr insgesamt rechnen wir aber höchstens den bisherigen Selbstbehalt an.
 - Bei Erhöhung der Selbstbehalte gelten für das Umwandlungsjahr insgesamt zusammengesetzte Selbstbehalte: Diesen berechnen wir aus anteilig gemindertem bisherigen und anteilig geminderten neuen Selbsthalten.

19. **Was geschieht, wenn sich der Beihilfebemessungssatz ändert bzw. der Beihilfeanspruch wegfällt?**

19.1 **Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. Wegfall des Beihilfeanspruchs:**

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz, haben Sie folgenden Anspruch:

Sie können die entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife verlangen. Wir passen den Versicherungsschutz nur soweit an, dass die Änderung des Beihilfebemessungssatzes für die versicherte Person ausgeglichen wird. Das Niveau des Versicherungsschutzes (z.B. Zweibettzimmer im Krankenhaus) wird nicht verbessert. Die Anpassung erfolgt zu dem Zeitpunkt, in dem die Beihilfeänderung wirksam wird. Stellen Sie den Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung, passen wir den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten an. Der angepasste Versicherungsschutz gilt dann auch für laufende Versicherungsfälle.

Die Regelungen gelten entsprechend, wenn der Beihilfeanspruch einer versicherten Person entfällt.

19.2 **Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes:**

Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich zu informieren, wenn sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person erhöht. In diesem Fall können wir den Versicherungsschutz zu Beginn des zweiten Monats nach der Erhöhung entsprechend herabsetzen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Auf Ihren Wunsch erfolgt die Herabsetzung zu dem Zeitpunkt, in dem die Beihilfeänderung wirksam wird, bzw. zu Beginn des ersten Monats nach der Erhöhung.

20. **Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?**

- 20.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 20.2 Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
- 20.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Es gelten folgende Fristen: Erhöhen sich die Beiträge wegen Erreichen eines bestimmten Lebensalters (vgl. Teil 2, Nr. 13.1, Seite 16), beträgt die Frist zwei Monate ab Wirksamwerden der Änderung.
Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 16, Seite 17) beträgt die Frist zwei Monate ab Mitteilung über die Erhöhung. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 17.1, Seite 17).
- 20.4 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, gilt Folgendes: Sie können innerhalb von drei Monaten die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Den Eintritt der Versicherungspflicht müssen Sie uns nachweisen; die Frist hierzu beträgt zwei Monate. Andernfalls ist Ihre Kündigung unwirksam. Die Frist beginnt erst, wenn wir Sie zum Nachweis aufgefordert haben. Die Kündigung ist trotz Versäumung der Frist wirksam, wenn Sie dies nicht zu vertreten haben. Später können Sie die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge.
- 20.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen.
- 20.6 Jede Kündigung der Tarife BKE, BKEF und ggf. BKEH von Ihnen setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Unternehmen eine neue Versicherung abgeschlossen wird. Diese muss den Anforderungen an die gesetzliche Pflicht zur Versicherung genügen und nahtlos an die bisherige Versicherung anknüpfen. Nur wenn Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, wird Ihre Kündigung wirksam. Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist darüber hinaus nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben. Liegt der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als zwei Monate nach Ihrer Kündigungserklärung, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.
- 20.7 Bei Kündigung der Tarife BKE, BKEF und ggf. BKEH und gleichzeitigem Abschluss einer neuen Versicherung bei einem anderen Unternehmen gilt Folgendes: Sie können verlangen, dass wir die Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des aufgebauten Übertragungswertes auf das andere Unternehmen übertragen. Der Übertragungswert bezieht sich auf den Teil der Versicherung, dessen Leistungen dem branchenweit einheitlichen Basistarif entsprechen. Voraussetzung für die Übertragung ist, dass die neue Versicherung eine substitutive Krankenversicherung ist. Eine solche liegt vor, wenn sie den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ganz oder teilweise ersetzen kann.
Bei Beitragsrückständen können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- 20.8 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.
- 20.9 Der Versicherungsvertrag endet bei Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- 20.10 Die Versicherung der versicherten Person endet bei Wegfall der Beihilfeansprüche. Die Beendigung wird wirksam zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Sie können Ihre Versicherung dann nach Teil 2 Nr. 19.1 (Seite 18) fortführen.
- 20.11 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Ihre Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Dieses Recht besteht auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland.
Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

21. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.
Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.