

Tarife B/2, B/3 (Tarifstufen B 20 – B 70) Private Krankheitskosten-Versicherung für Beihilfeberechtigte Krankheitskostentarife B

Stand: 01.12.2018, SAP-Nr.: 302198; 12.2018

Es gelten die AVB/KK - die Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

1. Monatliche Beitragsrate siehe Beitragsblatt.
2. entfallen
3. Der Kinderbeitrag ist für ein mitversichertes Kind bis zum vollendeten 20. Lebensjahr zu zahlen. Zu dem Zeitpunkt, zu dem die Voraussetzung für die Mitversicherung als Kind entfällt, erfolgt eine Umstellung in die Besonderen Bedingungen „A“ für Personen in Berufsausbildung.

4. Aufnahme-, Versicherungsschein- und Inkassogebühren werden nicht erhoben.

Versicherungsleistungen

A. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind

5. die Kosten für ärztliche Behandlungen
6. die Kosten für Heilmittel, d. h. die von Fachkräften für physikalische Therapie, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen und medizinischen Fußpflegern (nach dem PodG) berechneten Vergütungen (ausgenommen für Sauna und Dampfbäder) sowie osteopathische Leistungen. Voraussetzung ist das Vorliegen einer Verordnung.
7. die Behandlungskosten des Heilpraktikers
8. die Kosten für gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die in den gesetzlichen Programmen vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewandt.
 - 8.a. die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
 - 8.b. die Kosten für ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen
9. die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff
10. die Kosten für Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe
11. die angemessenen Fahrtkosten zum Arzt (nicht Heilpraktiker) und zurück bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 26 Euro, wenn sich am Wohnort kein Arzt der entsprechenden Fachrichtung niedergelassen hat; bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit werden auch Fahrtkosten bei einer ärztlichen Behandlung am Wohnort ersetzt
 - die angemessenen Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus entsprechend Absatz 1
 - die Kosten eines medizinisch notwendigen Transports mit dem Krankenwagen zur ambulanten Behandlung beim Arzt oder im nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
12. die Kosten für eine psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlung (GOÄ und GOP: 845 bis 849 und 860 bis 864, 870 und 871) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.280 Euro im Geschäftsjahr. Für darüber hinausgehende Kosten werden die Leistungen

aus der Hälfte der erstattungsfähigen Kosten gewährt. aus der Hälfte der erstattungsfähigen Kosten gewährt

Auf Verordnung und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Psychotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

12a. die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

12b. die Kosten für ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Abs. 2 und § 132c Abs. 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen.

12c. die Kosten für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfefeuerordnung (z. B. Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

13. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

In den Tarifstufen

B 20	B 30	B 40	B 30 + B 20k	B 50	B 70
20 %	30 %	40 %	50 %	50 %	70 %

B. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind

14. die vom Krankenhaus berechneten Kosten und die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/KK anerkannten Krankenhaus. Als vom Krankenhaus berechnete Kosten gelten die allgemeinen Krankenhausleistungen. Dazu zählen die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflege-satzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V. In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen und Leistungen für Heilmittel.
 - 14.a. die Kosten für gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes
 15. die Kosten für gesondert berechnete Leistungen für ambulante Operationen im Krankenhaus
 - 15.a. die Kosten für voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet
 - 15.b. die Kosten einer medizinisch notwendigen Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung in einem Krankenhaus während der stationären Behandlung
 - 15c. die Kosten für die stationäre Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI ohne Vorliegen eines Pflegegrades (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen

Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.

15d. die Kosten für den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung
- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstaufschlag und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung

16. die angemessenen Fahrtkosten zur stationären Behandlung und zurück bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 26 Euro

16.a. die Kosten eines medizinisch notwendigen Transports oder einer medizinisch notwendigen Verlegung zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

- im Kranken- oder Unfallwagen
- im Hubschrauber oder Flugzeug.

17. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

In den Tarifstufen

B 20/3	B 30/3	B 40/3	B 30/3 + B 20k/3	B 50/3	B 70/3
20 %	30 %	40 %	50 %	50 %	70 %

Bei Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer ist der Unterbringungszuschlag für das Ein- oder das Zweibettzimmer nicht erstattungsfähig.

In den Tarifstufen

B 20/2	B 30/2	B 40/2	B 30/2 + B 20k/2	B 50/2	B 70/2
20 %	30 %	40 %	50 %	50 %	70 %

einschließlich der Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer. Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer ist der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und das Zweibettzimmer nicht erstattungsfähig. Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für Einbettzimmer, sind diese nicht erstattungsfähig.

Bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer wird das Krankenhaustagegeld in Höhe des versicherten Prozentsatzes für stationäre Behandlung aus einem Betrag von 31 Euro geleistet. Dies gilt auch bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer ohne Unterbringungszuschlag und ohne gesondert berechnete Arztkosten.

18. Bei einer überwiegend psychotherapeutischen stationären Behandlung werden die in Nummer 17 angegebenen Prozentsätze bis zu 42 Behandlungstagen im Geschäftsjahr aus den erstattungsfähigen Kosten gewährt. Für die weitere Behandlungsdauer werden die Leistungen aus der Hälfte der erstattungsfähigen Kosten gewährt. Das bei Inanspruchnahme eines Mehr- oder Zweibettzimmers in Nummer 17 vorgesehene zusätzliche Krankenhaustagegeld wird nicht geleistet.

C. Geburtskosten

Erstattungsfähig sind

19. bei einer Entbindung in einem Krankenhaus, Entbindungsheim oder Geburtshaus die Entbindungskosten und die Kosten der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspflegers nach Abschnitt B

20. bei einer häuslichen Entbindung die Kosten der ärztlichen Behandlung und die Kosten der Hebamme und des Entbindungspflegers nach Abschnitt A.

21. entfällt

D. Ambulante Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind

22. – die Kosten einer konservierenden und chirurgischen Zahnbehandlung
- die Kosten für die Behandlung der Mundschleimhaut und des Parodontiums
 - die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für

- Heil- und Kostenpläne, Kronen und Gussfüllungen (Inlays), prothetische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, implantologische Leistungen¹⁾.

23. die angemessenen Fahrtkosten zum Zahnarzt und zurück bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 26 Euro, wenn sich am Wohnort kein Zahnarzt niedergelassen hat.

24. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

In den Tarifstufen

B 20	B 30	B 40	B 30 + B 20k	B 50	B 70
20 %	30 %	40 %	50 %	50 %	70 %

E. Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind

25. die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 310 Euro innerhalb eines Geschäftsjahres sowie für die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker in der Höhe, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.

26. die Kosten für

- Hörhilfen in angemessener Ausführung
- Krankenfahrstühle in angemessener Ausführung, Gehwagen, Herzschrittmacher, Endoprothesen, elektronischen Kehlkopf
- Miete einer Heimtiere einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten
- orthopädische Leibbinden und Bandagen, soweit sie in einem orthopädischen Fachgeschäft bezogen wurden
- Schwangerschaftsleibbinden, Bruchbänder, Anuspraeter-Bandagen einschließlich Beutel, Liegeschalen, Nachtschienen, Geh- und Stützapparate, Prothesen, künstliche Augen, Gummistrümpfe, Schuheinlagen
- Insulinpumpen, Atmungsmonitore, Beatmungsgeräte, Absauggeräte, Blutzuckermessgeräte

27. die Kosten für ein Paar serienmäßig nicht herstellbare orthopädische Maßschuhe einmal im Geschäftsjahr

28. die Kosten für Reparaturen von Hilfsmitteln der Nummern 25 bis 27

29. die Kosten für sonstige Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 105 Euro innerhalb eines Geschäftsjahres.

30. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

In den Tarifstufen

B 20	B 30	B 40	B 30 + B 20k	B 50	B 70
20 %	30 %	40 %	50 %	50 %	70 %

F. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Erstattungsfähig sind bei einer ärztlich verordneten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

31. die nachgewiesenen Arzt-, Arznei- und Kurmittelkosten, die Kosten für Unterbringung, Verpflegung, Kurtaxe und Fahrt bis zu 56 Tagen innerhalb eines Zeitraums von vier Geschäftsjahren in Höhe von täglich 16 Euro. Dabei wird zur Feststellung der Leistungspflicht vom Beginn der Kur, für die Leistungen beantragt werden, zurückgerechnet.

32. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

In den Tarifstufen

B 20	B 30	B 40	B 30+B 20k	B 50	B 70
20 %	30 %	40 %	50 %	50 %	70 %

¹⁾ Versicherungsschutz durch einen der Zahnersatz-Zusatztarife

Beitragsanpassung

33. Siehe Regelung in § 8b AVB/KK.

Zusatzrückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter

34. Siehe Regelung in § 8a Teil II Absatz 2 AVB/KK.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

35. Siehe AVB/KK, Regelung in § 4 Teil II Absatz 2 zu § 4 Absatz 1 MB/KK.

Sonstige Tarifbedingungen

36. entfallen

37. Beamte und Angestellte können bei Verlust oder Änderung des Anspruchs auf Beihilfe nach den Beihilfebestimmungen des öffentlichen Dienstes innerhalb der bisherigen Absicherung für stationäre Heilbehandlung (z. B. Zweibettzimmer) ohne erneute Wartezeit und Risikoprüfung in einen Tarif/Tarifstufe mit entsprechend höheren bzw. niedrigeren prozentualen Leistungen übertreten.

Das Gleiche gilt für einen nach den Beihilfebestimmungen berücksichtigungsfähigen Versicherten.

Der Übertritt ist binnen einer Frist von sechs Monaten seit Wegfall der Beihilfe oder der Änderung des Beihilfebemessungssatzes zu beantragen. Die Versicherung nach dem neuen Tarif/Tarifstufe muss zu dem Zeitpunkt beginnen, zu dem der Beihilfeanspruch wegfällt oder sich ändert.

38. In Tarifstufe B 20k sind Personen versicherungsfähig, die Anspruch auf Beihilfe haben und deren Beihilfebemessungssatz nach Eintritt in den Ruhestand 70 % beträgt.

Zu diesem Zeitpunkt endet die Tarifstufe B 20k.

39. Arzt- und Zahnarzkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden. Honorarvereinbarungen brauchen nicht anerkannt zu werden. Heilpraktikerkosten sowie Kosten für Heilmittel sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die ein Arzt nach den Grundsätzen der GOÄ berechnen kann. Die Erstattung der Kosten für psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgen nach den Grundsätzen der GOP. Die Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger richten sich nach der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung.

Geschäftsjahr

40. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Besondere Bedingungen „A“ für Personen in Berufsausbildung

1. Die Besonderen Bedingungen können von Personen in Berufsausbildung (Schüler und Studenten) beantragt werden, die das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und Anspruch auf Beihilfe bei einem Beihilfebemessungssatz in Höhe von 80 % bzw. 60 % besitzen. Ausgenommen sind Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst.

Voraussetzung ist der Abschluss/das Bestehen der Tarifstufe B 20/2 oder B 20/3 bzw. B 40/2 oder B 40/3.

2. Die Besonderen Bedingungen entfallen

- für die Dauer der Unterbrechung oder mit der Beendigung des Ausbildungsverhältnisses
- mit Beendigung der unter Punkt 1 genannten Tarifstufen
- mit Beginn des Monats der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Entfall der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrages bedarf – ohne Unterbrechung in den unter Punkt 1 genannten Tarifstufen weitergeführt. Der Beitrag in diesen Tarifstufen richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Unterbrechung oder Beendigung des Ausbildungsverhältnisses der Bayerischen Beamtenkrankenkasse innerhalb von zwei Wochen schriftlich anzuzeigen.

4. Der Beitrag für das Versicherungsverhältnis während der Dauer der Besonderen Bedingungen richtet sich nach den entsprechenden Beitragstabellen. Mit Beginn des Monats der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der jeweils nächsthöheren Beitragsgruppe zu zahlen.

5. Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung der unter Punkt 1 genannten Tarifstufen den Zusatz „A“.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GOP	Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch