

Tarif B 30/20

Private Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte

Stand: 01.07.2023, SAP-Nr.: 310351, 06.2023

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

I. Versicherungsleistungen

A. Ambulante Heilbehandlung

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

1.1 ärztliche Behandlungen.

1.2 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.

1.3 Behandlungen durch Heilpraktiker.

1.4 Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren, bei Kindern und zur Früherkennung von Krebserkrankungen, von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie zur Früherkennung der Zuckerkrankheit.

1.5 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.

1.6 ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

1.7 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.

1.8 ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen.

1.9 die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfiverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

1.10 Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff.

1.11 Arznei- und Verbandmittel.

1.12 Fahrtkosten

- angemessene 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,
- angemessene Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus entsprechend vorhergehendem Spiegelstrich,
- medizinisch notwendigen Transport mit dem Krankenwagen zur ambulanten Behandlung beim Arzt oder im nächst-gelegenen geeigneten Krankenhaus.

1.13 psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlung werden gemäß Abschnitt H erstattet.

2. Die tarifliche Leistung beträgt im Tarif:

	B 30/20
	20 %
nach Überschreiten der Selbstbeteiligungsgrenze	30 %

Berechnung der Selbstbeteiligung und der Selbstbeteiligungsgrenze siehe unter Punkt II. Selbstbeteiligung.

B. Stationäre Heilbehandlung

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

1.1 allgemeine Krankenhausleistungen und die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/KK anerkannten Krankenhaus.

Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung 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.

1.2 gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes.

1.3 gesondert berechnete Leistungen für ambulante Operationen im Krankenhaus.

1.4 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.

1.5 medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung in einem Krankenhaus während der stationären Behandlung.

1.6 stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (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.

1.7 Aufwendungen die dem Spender im Rahmen einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende entstehen, sofern 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.

1.8 angemessene Fahrtkosten zur stationären Behandlung und zurück bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 26 Euro.

1.9 medizinisch notwendigen Transport oder einer medizinisch notwendigen Verlegung zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

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

2. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt

2.1 Im Tarif

B 30/20
30 %

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.

2.2 Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden die Kosten gemäß Abschnitt H erstattet.

C. Geburtskosten

Erstattungsfähig sind

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

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

D. Ambulante Zahnbehandlung

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

1.1 – konservierende und chirurgische Zahnbehandlung,
– Behandlung der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
– 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 Leistungen.

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

2. Die tarifliche Leistung beträgt im Tarif

B 30/20
20 %

nach Überschreiten der Selbstbeteiligungsgrenze

30 %

Berechnung der Selbstbeteiligung und der Selbstbeteiligungsgrenze siehe unter Punkt II. Selbstbeteiligung.

E. Hilfsmittel

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

1.1 Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 400 Euro innerhalb eines Kalenderjahres sowie für die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker in der Höhe, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.

1.2 ein Paar orthopädische Maßschuhe einschließlich medizinisch notwendiger Zusatzarbeiten, orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen, Therapieschuhe und Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom einmal im Kalenderjahr.

1.3. – Applikationshilfen (z. B. Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen)
– Atem- und Herzfrequenzmonitore, Pulsoximeter,
– Bandagen,
– Bildschirmlesegeräte,
– Blutzuckermessgeräte,
– elektrische Fußhebersysteme,
– fahrbare Gehhilfen (z. B. Gehwagen, Rollatoren),
– fremdkraftbetriebene Arm- und Beintrainer,
– fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
– Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,

- Hilfsmittel gegen Dekubitus,
- Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie,
- Hör- und Tinnitusgeräte,
- Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Beatmungsgeräte, Geräte zur Sauerstoffversorgung) sowie Protrusionsschienen,
- Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
- Kommunikationshilfen (außer Signalanlagen),
- Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zur Narbenkompression,
- Orthesen,
- Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen,
- Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren-/Buggys,
- Schuheinlagen,
- Sprechhilfen,
- Stomaartikel,
- Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter),
- tragbare Defibrillator-Westen (z. B. LifeVest).

1.4 Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln der Nummern 1.1 bis 1.3.

1.5 sonstige Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 150 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

2. Die tarifliche Leistung beträgt im Tarif

B 30/20
20 %

nach Überschreiten der Selbstbeteiligungsgrenze

30 %

Berechnung der Selbstbeteiligung und der Selbstbeteiligungsgrenze siehe unter Punkt II. Selbstbeteiligung.

F. Digitale Gesundheitsanwendungen

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB.

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen.

2. Die tarifliche Leistung beträgt im Tarif

B 30/20
20 %

nach Überschreiten der Selbstbeteiligungsgrenze

30 %

Berechnung der Selbstbeteiligung und der Selbstbeteiligungsgrenze siehe unter Punkt II. Selbstbeteiligung.

G. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

1. Erstattungsfähig sind bei einer ärztlich verordneten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

1.1 die nachgewiesenen Arzt-, Arznei- und Kurmittelkosten nach Abschnitt A.

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

2. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

Im Tarif

B 30/20
30 %

H. Psychotherapeutische Heilbehandlung

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

1.1 psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlung (GOÄ 845 bis 849 und 860 bis 864, 870 und 871) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1280 Euro im Kalenderjahr. Für darüber hinausgehende Kosten werden die Leistungen aus der Hälfte der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

Auf Verordnung und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie 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.

1.2 überwiegend psychotherapeutische stationäre Behandlung in einem nach den AVB/KK anerkannten Krankenhaus bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr; für die weitere Behandlungsdauer werden die Leistungen aus der Hälfte der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

2. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

Im Tarif	B 30/20
	30 %

II. Selbstbeteiligung

1. Die Selbstbeteiligung gilt pro Person und Kalenderjahr.
2. Die erstattungsfähigen Kosten werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden.
3. Die Selbstbeteiligungsgrenze beträgt für die erstattungsfähigen Kosten nach den Abschnitten A, D, E und F insgesamt 3.050 Euro des Rechnungsbetrages. Dies entspricht einem Selbstbehalt von höchstens 305 Euro pro Kalenderjahr.

III. Sonstige Tarifbedingungen

1. 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 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 muss zu dem Zeitpunkt beginnen, zu dem der Beihilfeanspruch wegfällt oder sich ändert.

2. Arzt- und Zahnarztkosten 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.

Abkürzungsverzeichnis

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