

Tarif B/3 NL (Tarifstufen B 20 - B 50)

Private Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte

Stand: 01.07.2023, SAP-Nr.: 331912, 06.2023

Es gelten die AVB/KK – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)

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 gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die in den gesetzlichen Programmen vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewandt.

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 Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff.

1.8 Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe.

1.9 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 nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

1.10 vom Arzt oder in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlung (GOÄ bzw. GOP: 845 bis 849 und 860 bis 864, 870 und 871) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.280 Euro im Kalenderjahr. Für darüber hinausgehende Kosten werden die Leistungen aus der Hälfte der erstattungsfähigen Kosten gewährt.

Auf Verordnung dieser Leistungserbringer 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.

1.11 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 gesetzli-

chen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

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

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

2. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

In den Tarifstufen

B 20	B 30	B 30 + B20k
20 %	30 %	50 %

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 allgemeinen 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 medizinisch notwendige Verlegung zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

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

2. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

2.1 In den Tarifstufen

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

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

2.2 Bei einer überwiegend psychotherapeutischen stationären Behandlung werden die in Nummer 2.1 und 2.2 angegebenen Prozentsätze bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr 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 2.2 vorgesehene zusätzliche Krankenhaustagegeld wird nicht geleistet.

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 und professionelle Zahnreinigung.

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. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

In den Tarifstufen

B 20	B 30	B 30 + B 20k
20 %	30 %	50 %

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 – Absauggeräte,

- 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. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

In den Tarifstufen

B 20	B 30	B 30 + B 20k
20 %	30 %	50 %

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. Von den erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt:

In den Tarifstufen

B 20	B 30	B 30 + B 20k
20 %	30 %	50 %

G. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

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

1.1 die nachgewiesenen Arzt-, Arznei- und Kurmittelkosten.

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:

In den Tarifstufen

B 20	B 30	B 30 + B 20k
20 %	30 %	50 %

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Neben dem Tarif B/3 NL können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex) zugrunde liegen.

2. 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 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 mit dem Zeitpunkt beginnen, zu dem der Beihilfeanspruch wegfällt oder sich ändert.

3. 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.

4. 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. 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 den jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnungen.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt das Alter, das die versicherte Person im Monat des Versicherungsbeginns vollendet bzw. vollendet hat.

3. Für ein mitversichertes Kind bis zum vollendeten 20. Lebensjahr ist der Kinderbeitrag zu zahlen. Sobald eine versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des Geburtsmonats der Beitrag für Erwachsene zu entrichten. In der Tarifstufe B 20 erfolgt mit Beginn des Monats der Vollendung des 20. Lebensjahres eine Umstellung in die Besonderen Bedingungen „A“ für Personen in Berufsausbildung.

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% besitzen. Ausgenommen sind Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst.

Voraussetzung ist der Abschluss/das Bestehen der Tarifstufe B 20/3.

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“.

Sonderbedingung zur Versicherung in den neuen Bundesländern einschließlich Ost-Berlin

1. Die Sonderbedingung zur Versicherung in den neuen Bundesländern einschließlich Ost-Berlin kann vereinbart werden, wenn und solange die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat.

2. Solange die durchschnittlichen Leistungsausgaben in den neuen Bundesländern niedriger sind als im Bundesdurchschnitt, kann der Versicherer dies in der Beitragskalkulation gesondert berücksichtigen.

Sobald der Versicherer die Angleichung an den Bundesdurchschnitt feststellt, ist er berechtigt, die Kalkulation der von dieser Sonderbedingung betroffenen Tarife mit den entsprechend bundesweit geltenden Tarifen gemeinsam durchzuführen.

3. Die Sonderbedingung endet mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit oder wenn die nach 2. Satz 2 dieser Sonderbedingung vorgesehene kalkulatorische Zusammenführung erfolgt. Hierüber wird der Versicherungsnehmer informiert.

Nach dem Ende der Sonderbedingung gelten die vereinbarten Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausschließlich.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
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