

Tarif BA 20/65, BP 20/65, BW 20/65

Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte

Stand: 01.12.2018, SAP-Nr.: 333587 (V136), 12.2018

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

I. Allgemeines

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach den Tarifen BA 20/65, BP 20/65 und BW 20/65 sind beihilfeberechtigte Personen, deren Beihilfeanspruch sich bei Erhalt von Versorgungsbezügen nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften um 20 % auf 70 % erhöht.

Versicherungsschutz nach Tarif BA 20/65, BP 20/65 bzw. BW 20/65 kann nur vereinbart werden, wenn bei der UKV gleichzeitig Versicherungsschutz nach Tarif BA 30, BP 30 bzw. BW 30 besteht oder vereinbart wird.

2. Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der UKV den Erhalt von Versorgungsbezügen unverzüglich anzuzeigen.

3. Ende der Versicherung

Die Versicherung nach den Tarifen BA 20/65, BP 20/65 und BW 20/65 endet

– zu dem Zeitpunkt, zu dem der Erhalt von Versorgungsbezügen beginnt, sofern dieser innerhalb von zwei Monaten nach Beginn des Bezugs angezeigt wird.

Wird der Erhalt von Versorgungsbezügen später angezeigt oder erlangt die UKV davon Kenntnis, ohne dass eine Anzeige des Versicherungsnehmers vorliegt, wird die Versicherung nach den Tarifen BA 20/65, BP 20/65 und BW 20/65 mit Wirkung zum Zeitpunkt der Anzeige bzw. nach Kenntnis der UKV beendet.

– spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Die Beendigung der Versicherung nach den Tarifen BA 20/65, BP 20/65 und BW 20/65 gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungen.

Besteht mit Erhalt von Versorgungsbezügen bzw. nach Vollendung des 65. Lebensjahres ein Beihilfeanspruch von weniger als 70 %, so können die Tarife BA 30, BP 30 und BW 30 unter Anrechnung der erworbenen Rechte in die Tarife BA, BP und BW in der benötigten Prozentstufe überführt werden.

II. Versicherungsleistungen

Ambulante Heilbehandlung und zahnärztliche Behandlung

1. Die erstattungsfähigen Kosten für ambulante Heilbehandlung werden nach Tarif BA 20/65 zu 20 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Kosten für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme (ohne die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle)), soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen
- psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Die Leistungen werden erstattet, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnungen (GOÄ und GOP) liegen und deren Bemessungsgrenzen entsprechen. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattet.

Auf Verordnung dieser Leistungserbringer 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.

- Leistungen des Heilpraktikers
- Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe.
- Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder beruflichen Gründen.
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Podologie und medizinische Fußpflege (gem. PodG), Logopädie (bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr) und Osteopathie.
- 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.
- ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen.
- 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.
- ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (z. B. Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist;
- Hilfsmittel und deren Reparatur:
 - a) Brillengestelle (bis zu 110 Euro Rechnungsbetrag), Brillengläser und Kontaktlinsen Die Refraktionsbestimmung durch den Optiker ist in der Höhe erstattungsfähig, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.
 - b) Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipsliesgeschalen, Gummistrümpfe (Kompressionsstrümpfe und Kompressionsstrumpfhosen), Hörgeräte, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle (bis zu 1.300 Euro Rechnungsbetrag), künstliche Glieder, Orthesen, orthopädisches Schuhwerk und orthopädische Schuhzurichtungen (bis zu 135 Euro Rechnungsbetrag pro Jahr), Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Inkontinenzartikel, Stomaartikel und Hilfsmittel bei Tracheostoma (außer Absauggeräten, siehe hierzu Buchstabe c), Ernährungs-, Infusions-, Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte.
 - c) Nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer
 - Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung, Inhalationsgeräte zur Beatmung; nicht erstattungsfähig sind sonstige Inhalationsgeräte;
 - Absauggeräte bei Tracheostoma
 - Herz-, Atem- und Sauerstoffüberwachungsmonitore
 - Blutgerinnungsmessgeräte.

Der Versicherer entscheidet unter sachgerechter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Umstände über die Versorgungsform (Kauf, Miete, Reparatur).

- d) Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen, maximal jedoch bis zum Preis für die Neuanschaffung des Hilfsmittels.

3. Die erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Behandlung werden nach Tarif BA 20/65 zu 20 % ersetzt, jedoch für Zahnersatz und Kieferorthopädie im Versicherungsjahr höchstens bis 1.040 Euro unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen. Ab dem sechsten Versicherungsjahr entfällt der Höchstsatz, wenn ein Heil- und Kostenplan nach Ziffer 6 Erstattungsgrundlage ist.

Die Kosten bzw. Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt bzw. in dem der Zahnersatz bezogen wurde.

Das Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.

4. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- a) Zahnbehandlung
- operative und konservierende Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe (diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung), Arzneien)
 - Röntgenaufnahmen der Zähne
- b) Zahnersatz und Kieferorthopädie
- Prothetik (z. B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays)
 - Zahn- und Kieferregulierungen
 - Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie),
 - anästhetische und chirurgische Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung)

soweit die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen zahn-technischen Laborarbeiten, soweit sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind, sowie Materialkosten.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB/KK mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

5. Erstattungsfähige Kosten wegen eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls werden auf den unter Ziffer 3 genannten Höchstsatz nicht angerechnet.

6. Der Heil- und Kostenplan nach Ziffer 3 muss der UKV vor Beginn von Maßnahmen mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer wird diesen Kostenvorschlag unverzüglich prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntgeben. Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Kosten.

Stationäre Heilbehandlung

Regelleistungen

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden nach Tarif BP 20/65 zu 20 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen: Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausesgeltgesetz 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 (keine wahlärztlichen Leistungen aus dem Tarif BP) und Leistungen für Heilmittel.

- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer.
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung
- medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung in einem Krankenhaus während der stationären Behandlung.
- medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km
- 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
- voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizleistungen auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- 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.

Wahlleistungen

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden nach Tarif BW 20/65 zu 20 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- Unterkunftszuschlag für ein Ein- oder Zweibettzimmer sowie für die Bereitstellung von Telefon, Radio und Fernsehgerät
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

3. Wird für keine der unter Ziffer 2 genannten Leistungen Ersatz von Kosten beantragt, so zahlt der Versicherer stattdessen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 8 Euro.

III. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahn-technische Laborarbeiten der „V-Tarife“ zu Grunde.

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