

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

BeihilfeMed Tarifsysteem

Für Beihilfeberechtigte

BeihilfeMed Kompakt Tarif BK, BeihilfeMed Kompakt Hessen Tarif BKHE

BeihilfeMed Krankenhaus Tarife BKH2, BKH1

BeihilfeMed Extra Plus Tarif BX

BeihilfeMed Extra Tarif BEX

Tarife für Ausbildungszeiten:

BeihilfeMed Kompakt Tarif BKA, BeihilfeMed Kompakt Hessen Tarif BKHEA, BeihilfeMed Krankenhaus Tarife BKH2A, BKH1A, BeihilfeMed Extra Tarif BEXA, BeihilfeMed Zahn Tarif BZA

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 Tarife BK, BKA</u> Ambulante Leistungen - jeweils zu den vereinbarten Prozentsätzen: Ambulante Behandlung und Untersuchung sowie Kinderwunschbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen. Leistungen des Heilpraktikers: zu bestimmten Höchstbeträgen. Arznei-, Verband- und Hilfsmittel. Heilmittel (z.B. Massagen, Bäder, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie). Lasik Operation nach vorheriger schriftlicher Zusage. Sehhilfen: zu bestimmten Höchstbeträgen. Digitale Gesundheitsanwendungen, die im DiGA-Verzeichnis enthalten sind. Transport im Notfall zum Arzt bzw. Krankenhaus. Psychotherapie für die ersten 30 Sitzungen; von der 31. Sitzung an: 80% (und davon zu dem vereinbarten Prozentsatz); von der 61. Sitzung an: 70% (und davon zu dem vereinbarten Prozentsatz), jeweils nach vorheriger Zusage. Pauschale bei bestimmten ambulanten Operationen. Pauschale bei einer ambulanten Entbindung. Zahnleistungen - jeweils zu den vereinbarten Prozentsätzen: Zahnbehandlung. Individual-Prophylaxe einschl. professioneller Zahnreinigung. Kieferorthopädie (bei Behandlungsbeginn bis zum 19. Lebensjahr). Material- und Laborkosten. Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen (in den ersten fünf Versicherungsjahren begrenzte Erstattung).</p>	<p>Stationäre Leistungen - jeweils zu den vereinbarten Prozentsätzen: Allgemeine Krankenhausleistungen. Belegärztliche Leistungen. <u>BeihilfeMed Kompakt Tarife BKHE, BKHEA</u> Aufbaustufen für Hessen: Ambulante Leistungen und Zahnleistungen im Rahmen der Tarife BK bzw. BKA zu 15%. <u>BeihilfeMed Krankenhaus Tarife BKH2, BKH2A</u> Aufbaustufen für stationäre Leistungen – jeweils zu den vereinbarten Prozentsätzen: Privatärztliche Behandlung im Krankenhaus, einschließlich Chefarzt. Unterbringung im Zweibettzimmer. <u>BeihilfeMed Krankenhaus Tarife BKH1, BKH1A</u> Aufbaustufe für stationäre Leistungen: Mehraufwendungen für die Unterbringung im Einbettzimmer. <u>BeihilfeMed Extra Plus Tarif BX</u> Ergänzende Leistungen - jeweils nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und Leistungen aus BeihilfeMed-Tarifen: 100% der Restkosten für ambulante ärztliche Leistungen, sofern die Aufwendungen beihilfefähig sind. 100% der Restkosten für Vorsorgeuntersuchungen, die außerhalb der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenzen oder/und Intervalle durchgeführt werden. 100% der Restkosten für berufsbedingte Schutzimpfungen. 100% der Restkosten für Leistungen des Heilpraktikers.</p>
--	--

100% der Restkosten für Hilfsmittel, wenn unser Hilfsmittelservice eingeschaltet wird. **Ohne Einschaltung unseres Services max. 80% der nicht beihilfefähigen Aufwendungen.**

100% der Restkosten für Sehhilfen, **max. 400 EUR.**

100% der Restkosten für DiGA, auch wenn diese nicht im DiGA-Verzeichnis enthalten sind, **max. 500 EUR je Versicherungsjahr.**

100% der Restkosten bei Zahnbehandlung und Kieferorthopädie, sofern die Aufwendungen beihilfefähig sind.

100% der Restkosten bei Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen, sofern die Aufwendungen beihilfefähig sind (in den ersten fünf Versicherungsjahren begrenzte Erstattung).

Wichtiger Hinweis: Bei Personen in Ausbildungstarifen müssen die Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung dann nicht beihilfefähig sein, wenn gleichzeitig **Tarif BZA** vereinbart ist, dessen Leistungen wir anrechnen.

100% der Restkosten bei unfallbedingter Kieferorthopädie, sofern die Aufwendungen beihilfefähig sind.

100% der Restkosten für privatärztliche Behandlung im Krankenhaus, auch über den Höchstsätzen der GOÄ hinaus, sofern die Aufwendungen beihilfefähig sind.

Wichtiger Hinweis: Voraussetzung für die Erstattung ist, dass zusätzlich **Tarif BKH2 bzw. BKH2A** vereinbart ist.

100% für die medizinisch notwendige stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson (Rooming in), sofern kein Leistungsanspruch aus Tarif BK bzw. BKA besteht.

15 EUR Krankenhaustagegeld (ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen).

Ergänzende Leistungen bei einem Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen

- **jeweils nach Anrechnung von etwaigen Beihilfeansprüchen:**

Ambulante und stationäre Heilbehandlung.

Schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung in einfacher Ausführung (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen).

Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.

Mehrkosten eines Rücktransportes aus dem Ausland.

Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland.

Max. 12.000 EUR für die Überführung aus dem Ausland.

Max. 6.000 EUR für die Beisetzung im Ausland.

Ergänzende Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen

Funktionstraining und Rehabilitationssport (nach Anrechnung von etwaigen Beihilfeansprüchen).

30 EUR Kurtagegeld bei ambulanter oder stationärer Behandlung, max. 30 Tage.

(Kurtagegeld ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen).

BeihilfeMed Extra Tarife BEX, BEXA

Ergänzende Leistungen

- **jeweils nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und Leistungen aus BeihilfeMed-Tarifen:**

100% der Restkosten für ambulante ärztliche Leistungen, sofern die Aufwendungen beihilfefähig sind.

90% der Restkosten für Leistungen des Heilpraktikers.

100% der Restkosten für Sehhilfen, **max. 100 EUR.**

100% der Restkosten für DiGA, auch wenn diese nicht im DiGA-Verzeichnis enthalten sind, **max. 500 EUR je Versicherungsjahr.**

90% der Restkosten bei Zahnbehandlung und Kieferorthopädie, sofern die Aufwendungen beihilfefähig sind.

90% der Restkosten bei Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen, sofern die Aufwendungen beihilfefähig sind (in den ersten fünf Versicherungsjahren begrenzte Erstattung).

Wichtiger Hinweis: Bei Personen in Ausbildungstarifen müssen die Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung dann nicht beihilfefähig sein, wenn gleichzeitig **Tarif BZA** vereinbart ist, dessen Leistungen wir anrechnen.

100% der Restkosten für privatärztliche Behandlung im Krankenhaus, sofern die Aufwendungen beihilfefähig sind.

Wichtiger Hinweis: Voraussetzung für die Erstattung ist, dass zusätzlich **Tarif BKH2 bzw. BKH2A** vereinbart ist.

15 EUR Krankenhaustagegeld (ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen).

Ergänzende Leistungen bei einem Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen

- **jeweils nach Anrechnung von etwaigen Beihilfeansprüchen:**

Ambulante und stationäre Heilbehandlung.

Schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung in einfacher Ausführung (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen).

Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.

Mehrkosten eines Rücktransportes aus dem Ausland.

Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland.

Max. 12.000 EUR für die Überführung aus dem Ausland.

Max. 6.000 EUR für die Beisetzung im Ausland.

Ergänzende Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen

Funktionstraining und Rehabilitationssport (nach Anrechnung von etwaigen Beihilfeansprüchen).

20 EUR Kurtagegeld bei ambulanter Behandlung, max. 30 Tage.

30 EUR Kurtagegeld bei stationärer Behandlung, max. 30 Tage.

(Kurtagegeld ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen).

BeihilfeMed Zahn für Ausbildungszeiten Tarif BZA

Aufbaustufe für Zahnleistungen - jeweils zu den vereinbarten Prozentsätzen:

70% zusammen mit Tarif BKA und ggf. BKHEA für Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen (in den ersten fünf Versicherungsjahren begrenzte Erstattung).

Zusätzliche Leistungen für alle BeihilfeMed-Tarife

Beitragsfreiheit ab dem 92. Tag eines Krankenhausaufenthaltes.

Beratung und Informationen durch die Experten unseres **Gesundheitstelefon**s (vgl. Druckstück B 541)

Besondere Hinweise

Für folgende Leistungen benötigen Sie unsere vorherige schriftliche Zusage:

- Lasik-Operation.
- Ambulante und stationäre Psychotherapie.
- Entziehungsmaßnahme.
- Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, das auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführt.
- Anschlussheilbehandlung.

Wir empfehlen die vorherige Klärung Ihres Leistungsanspruchs bei

- Kinderwunschbehandlung,
- Bezug von Hilfsmitteln, für die die Einschaltung unseres Hilfsmittelservices vorgesehen ist,
- Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen und Kieferorthopädie,
- einem über sechs Monate dauernden Auslandsaufenthalt außerhalb der EU / des EWR.

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 BeihilfeMed Tarife

Allgemeines: Was ist versichert? 5

Tarife BK, BKA

1. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung? 5
2. Was sind unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung? 10
3. Was sind unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung? 12
4. Was sind unsere Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung? 13
5. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen? 13
6. In welcher Höhe ersetzen wir Ihre Aufwendungen? 13

Tarife BKHE, BKHEA

1. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter und zahnärztlicher Heilbehandlung? 14
2. Wer kann versichert werden? 14

Tarife BKH2, BKH2A

1. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung? 14
2. In welcher Höhe ersetzen wir Ihre Aufwendungen? 15
3. Wer kann versichert werden? 15

Tarife BKH1, BKH1A

1. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung? 16
2. Wer kann versichert werden? 16

Tarif BX

1. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung? 16
2. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung? 17
3. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung? 18
4. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Auslandsreisen? 18
5. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen? 19
6. Wer kann versichert werden? 19

Tarife BEX, BEXA

1. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung? 20
2. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung? 20
3. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung? 21
4. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Auslandsreisen? 21
5. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen? 22
6. Wer kann versichert werden? 22

Besondere Bedingungen für die Tarife BKA, BKHEA, BKH2A, BKH1A, BEXA

1. Allgemeines 23
2. Wer kann versichert werden? 23

Tarif BZA

1. Allgemeines 23
2. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung? 23
3. In welcher Höhe ersetzen wir Ihre Aufwendungen? 24
4. Wer kann versichert werden? 24

Teil 2 Allgemeine Bestimmungen

1. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?	25
2. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	25
3. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	25
4. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?	26
5. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	26
6. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	26
7. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	27
8. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	27
9. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	27
10. Wann haben Sie Anspruch auf eine erfolgsorientierte Beitragsrückerstattung?	27
11. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	28
12. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	28
13. Wie berechnen wir die Beiträge?	28
14. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	28
15. Gibt es eine Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalten?	29
16. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	29
17. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	29
18. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	29
19. Was geschieht, wenn sich der Beihilfebemessungssatz ändert bzw. der Beihilfeanspruch wegfällt?	30
20. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	30
21. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	31
22. Welche Gerichte sind zuständig?	31

Teil 1 BeihilfeMed Tarife

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,
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA),
- 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.

BeihilfeMed Kompakt Tarife BK, BKA

1. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

1.1 Ärztliche Leistungen

mit folgenden Besonderheiten:

- **Vorsorgeuntersuchungen**

nach gesetzlich eingeführten Programmen, 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,**

die von der

- Ständigen Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes bzw.
- Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen 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)**

Wir leisten aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

- **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, die allein mit Inseminationen / künstlicher Befruchtung überwunden werden kann. Ist diese Voraussetzung erfüllt, leisten wir auch für die Behandlung des nicht bei uns versicherten Partners, 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.

Wir leisten auch für Aufwendungen einer Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie der dazugehörigen ärztlichen Leistungen für eine spätere Kinderwunschbehandlung.

Voraussetzungen sind, dass

- die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint und
- wir Ihnen vor Beginn der Behandlung eine Zusage in Textform gegeben haben.

• **Psychotherapie**

- bis zu 30 Sitzungen **zu 100%** (und davon zu dem vereinbarten Prozentsatz),
- von der 31. Sitzung an **zu 80%** (und davon zu dem vereinbarten Prozentsatz),
- von der 61. Sitzung an **zu 70%** (und davon zu dem vereinbarten Prozentsatz).

Wir leisten aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

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 Ärzte und Psychotherapeuten kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen Ärzten frei wählen.

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

- | | |
|--|--|
| Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
Psychosomatiker und Psychotherapeut, | Psychiater und Psychotherapeut,
Psychotherapie oder Psychoanalyse,
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. |
|--|--|

Die ambulante Psychotherapie können auch andere für diese Behandlung zugelassene und staatlich anerkannte Therapeuten durchführen. Diese müssen niedergelassen und im Arztregister eingetragen sein. Dies können z.B. ein Psychologischer Psychotherapeut bzw. bei Kindern und Jugendlichen ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein.

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

Leisten wir auch bei Entziehungsmaßnahmen?

Ja, und zwar, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat – abgesehen von Beihilfeleistungen – keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung und
- wir müssen vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt haben. 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.

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.

1.2 Leistungen des Heilpraktikers einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel.

In den einzelnen Tarifstufen gelten je Versicherungsjahr - ausgehend von einem **Grundbetrag von 500 Euro** - folgende Höchstbeträge:

BK 50, BKA 50	BK 45, BKA 45	BK 40, BKA 40	BK 35, BKA 35	BK 30, BKA 30	BK 25, BKA 25	BK 20, BKF 20, BKA 20	BK 15, BKA 15	BK 10, BKA 10
250 EUR	225 EUR	200 EUR	175 EUR	150 EUR	125 EUR	100 EUR	75 EUR	50 EUR

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 bzw. der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Das Honorar für die jeweilige Leistung ersetzen wir maximal im Rahmen der Beträge des GebüH.

Unsere Leistung ist nicht auf die in Teil 2 Nr. 1 (vgl. Seite 25) 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.

1.3 **Arznei- und Verbandmittel.**

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. Faltenenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate außer Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelerkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze,
- Mineralwässer sowie Nahrungsmittel außer Sondennahrung (siehe oben).

1.4 **Heilmittel**

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.

Ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage gegeben haben. Eine solche Zusage ist nicht erforderlich bei der Erkrankung Mukoviszidose/zystische Fibrose.

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.

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.

1.5 **Hilfsmittel** (außer Sehhilfen).

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker.

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 Euro – bis zum 20. Lebensjahr 50 Euro – übersteigt),
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

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

ersetzen wir ebenfalls,

wenn Sie die 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, ersetzen wir die Aufwendungen

zu 80% (und davon zu dem vereinbarten Prozentsatz).

In diesem Fall ersetzen wir Aufwendungen für die Reparatur, Wartung und Unterweisung auch nur zu 80% (und davon zu dem vereinbarten Prozentsatz).

Kann unser Hilfsmittelservice die Hilfsmittel nicht beschaffen, ersetzen wir die Aufwendungen zu dem vereinbarten Prozentsatz. 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.

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.

1.6 **Sehhilfen (einschließlich Reparatur).**

In den einzelnen Tarifstufen gelten innerhalb von 24 Monaten - ausgehend von einem **Grundbetrag von 300 Euro** - folgende Höchstbeträge:

BK 50, BKA 50	BK 45, BKA 45	BK 40, BKA 40	BK 35, BKA 35	BK 30, BKA 30	BK 25, BKA 25	BK 20, BKF 20, BKA 20	BK 15, BKA 15	BK 10, BKA 10
150 EUR	135 EUR	120 EUR	105 EUR	90 EUR	75 EUR	60 EUR	45 EUR	30 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.

1.7 **Digitale Gesundheitsanwendungen**

Dies bezieht sich maximal auf die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Wir ersetzen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Als solche gelten Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Behandelnden die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Die DiGA müssen im DiGA-Verzeichnis nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen sein.

Die DiGA muss durch einen Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten verordnet worden sein. Die Aufwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Wir können Ihnen anstelle des Aufwundersatzes die DiGA auch selbst zur Verfügung stellen.

Der Anspruch nach Nr. 1.7 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software sowie etwaige im Behandlungspaket enthaltene Hardware.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

1.8 **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“ (Hilflos) oder
 - Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3,4 oder 5.

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

1.9 **Häusliche Krankenpflege**

Bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung bezieht sich dies maximal auf die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn

- dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),
- eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist.

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich (Sicherungspflege), gilt: Wir ersetzen die Aufwendungen für Behandlungspflege wie Verband- oder Katheterwechsel durch geeignete Pflegekräfte.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

1.10 Haushaltshilfe

Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

In den einzelnen Tarifstufen gelten - ausgehend von einem **Grundbetrag von 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag** - folgende Höchstbeträge:

	BK 50, BKA 50	BK 45, BKA 45	BK 40, BKA 40	BK 35, BKA 35	BK 30, BKA 30	BK 25, BKA 25	BK 20, BKF 20, BKA 20	BK 15, BKA 15	BK 10, BKA 10
Pro Stunde	7,50 EUR	6,75 EUR	6,00 EUR	5,25 EUR	4,50 EUR	3,75 EUR	3,00 EUR	2,25 EUR	1,50 EUR
Pro Tag	45,00 EUR	40,50 EUR	36,00 EUR	31,50 EUR	27,00 EUR	22,50 EUR	18,00 EUR	13,50 EUR	9,00 EUR

Führen Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (ausgehend von einem Grundbetrag von 0,22 Euro pro Km) und einen etwaigen Verdienstausschlag ebenfalls insgesamt bis zu den Beträgen in oben aufgeführter Tabelle.

1.11 Kurzzeitpflege

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 1.9 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
- Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
- Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

In den einzelnen Tarifstufen gelten - ausgehend von dem nach **§ 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag²** - folgende Höchstbeträge:

BK 50, BKA 50	BK 45, BKA 45	BK 40, BKA 40	BK 35, BKA 35	BK 30, BKA 30	BK 25, BKA 25	BK 20, BKF 20, BKA 20	BK 15, BKA 15	BK 10, BKA 10
887,00 EUR	798,30 EUR	709,60 EUR	620,90 EUR	532,20 EUR	443,50 EUR	354,80 EUR	266,10 EUR	177,40 EUR

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

1.12 **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Dies bezieht sich maximal auf die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für 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 Personen 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.

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

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

1.14 Bei einer **ambulanten Operation** zahlen wir neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale.

Diese beträgt - ausgehend von einem **Grundbetrag von 200 Euro** - für

BK 50, BKA 50	BK 45, BKA 45	BK 40, BKA 40	BK 35, BKA 35	BK 30, BKA 30	BK 25, BKA 25	BK 20, BKF 20, BKA 20	BK 15, BKA 15	BK 10, BKA 10
100 EUR	90 EUR	80 EUR	70 EUR	60 EUR	50 EUR	40 EUR	30 EUR	20 EUR

Als ambulante Operationen gelten die in unserem umfangreichen Verzeichnis aufgeführten Leistungen, z.B. Entfernung der Rachenmandeln, Nasen-/Kehlkopfpolyphen. Das Verzeichnis 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.

1.15 Bei einer **ambulanten Entbindung** der versicherten Person zahlen wir – unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder – neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale.

Diese beträgt - ausgehend von einem **Grundbetrag von 1.000 Euro** - für

BK 50, BKA 50	BK 45, BKA 45	BK 40, BKA 40	BK 35, BKA 35	BK 30, BKA 30	BK 25, BKA 25	BK 20, BKF 20, BKA 20	BK 15, BKA 15	BK 10, BKA 10
500 EUR	450 EUR	400 EUR	350 EUR	300 EUR	250 EUR	200 EUR	150 EUR	100 EUR

2. **Was sind unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

2.1 **Zahnbehandlung und Kieferorthopädie,**

mit folgenden Besonderheiten:

- **Gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.**
- **Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR).**

² Grundlage ist der nach § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegte Höchstbetrag in Höhe von 1.774 Euro (Stand: 1. Januar 2022).

- **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.³
- **Erstellen eines Heil- und Kostenplanes**

2.2 Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen,

mit folgenden 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.⁴

In den einzelnen Tarifstufen gelten folgende Höchstbeträge:

Tarifstufen	Im ersten Versicherungs- jahr (Grundbetrag: 1.000 EUR)	In den ersten zwei Versiche- rungsjahren (Grundbetrag: 2.000 EUR)	In den ersten drei Versiche- rungsjahren (Grundbetrag: 3.000 EUR)	In den ersten vier Versiche- rungsjahren (Grundbetrag: 4.000 EUR)	In den ersten fünf Versiche- rungsjahren (Grundbetrag: 5.000 EUR)
BK 50, BKA 50	500 EUR	1.000 EUR	1.500 EUR	2.000 EUR	2.500 EUR
BK 45, BKA 45	450 EUR	900 EUR	1.350 EUR	1.800 EUR	2.250 EUR
BK 40, BKA 40	400 EUR	800 EUR	1.200 EUR	1.600 EUR	2.000 EUR
BK 35, BKA 35	350 EUR	700 EUR	1.050 EUR	1.400 EUR	1.750 EUR
BK 30, BKA 30	300 EUR	600 EUR	900 EUR	1.200 EUR	1.500 EUR
BK 25, BKA 25	250 EUR	500 EUR	750 EUR	1.000 EUR	1.250 EUR
BK 20, BKF 20	200 EUR	400 EUR	600 EUR	800 EUR	1.000 EUR
BKA 20	200 EUR	400 EUR	600 EUR	800 EUR	1.000 EUR
BK 15, BKA 15	150 EUR	300 EUR	450 EUR	600 EUR	750 EUR
BK 10, BKA 10	100 EUR	200 EUR	300 EUR	400 EUR	500 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 Kostenvoranschlag 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 Höchstsätze⁵ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ bzw. der GOZ entsprechen.

³ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

⁴ Siehe Fußnote 3.

⁵ 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 bzw. der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

3. Was sind unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen 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 Höchstsätze⁶ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen.

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 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.

3.6 Müssen Sie bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenhäusern eine vorherige Zusage einholen?

Ja, und zwar für Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

Ihre Aufwendungen ersetzen wir nur dann, wenn Sie vor Beginn der Behandlung von uns eine schriftliche Zusage erhalten haben.

Eine Zusage ist in folgenden Fällen nicht notwendig:

- Bei einem Notfall,
- bei einer akuten Erkrankung während des Aufenthaltes im Krankenhaus, wenn dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig wird.

3.7 Leisten wir auch bei stationärer Psychotherapie?

Ja, aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

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 schriftliche Zusage zur Höhe unserer Erstattungsleistung erteilt haben.

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 schriftliche Zusage erteilt haben. 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.

⁶ 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 bzw. der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

3.10 **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. **In welcher Höhe ersetzen wir Ihre Aufwendungen?**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung jeweils zu den vereinbarten Prozentsätzen, und zwar nach:

Tarifstufen BK 50, BKA 50	zu 50%
Tarifstufen BK 45, BKA 45	zu 45%
Tarifstufen BK 40, BKA 40	zu 40%
Tarifstufen BK 35, BKA 35	zu 35%
Tarifstufen BK 30, BKA 30	zu 30%
Tarifstufen BK 25, BKA 25	zu 25%
Tarifstufen BK 20, BKF 20	zu 20%
Tarifstufe BKA 20	zu 20%
Tarifstufen BK 15, BKA 15	zu 15%
Tarifstufen BK 10, BKA 10	zu 10%

Sie können die Tarifstufe **BKF 20** nur in Verbindung mit der Tarifstufe **BK 30** abschließen.

Für die Kombination dieser Tarifstufen beträgt der prozentuale Erstattungssatz

50% der erstattungsfähigen Leistungen.

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

Danach reduziert sich durch den Entfall der Tarifstufe **BKF 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 **BK 50** wählen.

Sollte die gewählte Kombination der Tarifstufen **BKF 20** und **BK 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 **BK 50** unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Im Allgemeinen ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

Weitere Kombinationen zwischen den einzelnen Tarifstufen sind nicht zulässig.

BeihilfeMed Kompakt Hessen Tarife BKHE, BKHEA

Diese Tarife müssen zusammen mit dem **Tarif BK bzw. BKA** bestehen.

1. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter und zahnärztlicher Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung im Rahmen von Nr. 1 und 2 der Tarife BK bzw. BKA

zu 15%.

Für ambulante Operationen und ambulante Entbindung gilt die Pauschale der Tarifstufe BK 15 bzw. BKA 15.

Für Leistungen des Heilpraktikers, für Sehhilfen sowie für Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen gelten die jeweiligen Höchstbeträge der Tarifstufe BK 15 bzw. BKA 15.

Wir leisten nicht, wenn bei stationärer Krankenhausbehandlung Beihilfeleistungen nach dem erhöhten Beihilfebemessungssatz der Beihilfeverordnung Hessen erbracht werden.

2. Wer kann versichert werden?

Versichert werden können Personen, die

- einen Anspruch nach den Beihilferegulungen des Bundeslandes Hessen oder einen damit übereinstimmenden Anspruch haben, und
- nach dem Tarif BK bzw. BKA versichert sind.

BeihilfeMed Krankenhaus Tarife BKH2, BKH2A

1. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

1.1 Ärztliche Leistungen.

• Wahlärztliche Leistungen.

Dies sind gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte. Dazu gehören auch von diesen veranlasste Leistungen, die Ärzte bzw. ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses ausführen.

Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer einer vollstationären Heilbehandlung keine wahlärztlichen Leistungen in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages in Höhe von

60 Euro je Tag.

Das Tagegeld zahlen wir nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären Heilbehandlung. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

• Belegärztliche Leistungen.

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

Wir leisten nicht, wenn bereits Versicherungsschutz nach den Tarifen BK bzw. BKA oder BA besteht.

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

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze⁷ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen.

1.2 Zuschlag für die Unterbringung im Zweibettzimmer.

Wählt die versicherte Person stattdessen gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, ersetzen wir den Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses. Zählt das Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ersetzen wir den Unterbringungszuschlag für das in Anspruch genommene Einbettzimmer zu 60% (und davon zu dem vereinbarten Prozentsatz).

Nimmt die versicherte Person kein Ein- oder Zweibettzimmer in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages in Höhe von

20 Euro je Tag.

Das Tagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

⁷ 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 bzw. der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

1.3 **Neben dem Unterbringungszuschlag berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefon- und Internetanschluss, Radio- und Fernsehgerät.**

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

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

Wir leisten nicht, wenn bereits Versicherungsschutz nach den Tarifen BK bzw. BKA oder BA besteht.

1.5 **Transporte zum und vom Krankenhaus.**

Bis zu einer Entfernung von 100 km können Sie das Krankenhaus frei wählen.

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

Wir leisten nicht, wenn bereits Versicherungsschutz nach den Tarifen BK bzw. BKA oder BA besteht.

2. In welcher Höhe ersetzen wir Ihre Aufwendungen?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen jeweils zu den vereinbarten Prozentsätzen, und zwar nach:

Tarifstufen BKH2, BKH2A	zu 100%
Tarifstufen BKH2 50, BKH2A 50	zu 50%
Tarifstufen BKH2 45, BKH2A 45	zu 45%
Tarifstufen BKH2 40, BKH2A 40	zu 40%
Tarifstufen BKH2 35, BKH2A 35	zu 35%
Tarifstufen BKH2 30, BKH2A 30	zu 30%
Tarifstufen BKH2 25, BKH2A 25	zu 25%
Tarifstufen BKH2 20, BKH2F 20	zu 20%
Tarifstufe BKH2A 20	zu 20%
Tarifstufen BKH2 15, BKH2A 15	zu 15%
Tarifstufen BKH2 10, BKH2A 10	zu 10%

Sie können die Tarifstufe **BKH2F 20** nur in Verbindung mit der Tarifstufe **BKH2 30** abschließen.

Für die Kombination dieser Tarifstufen beträgt der prozentuale Erstattungssatz

50% der erstattungsfähigen Leistungen.

Die Laufzeit der Tarifstufe BKH2F 20 ist befristet bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres.

Danach reduziert sich durch den Entfall der Tarifstufe **BKH2F 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 **BKH2 50** wählen.

Sollte die gewählte Kombination der Tarifstufen **BKH2F 20** und **BKH2 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 **BKH2 50** unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Im Allgemeinen ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

Weitere Kombinationen zwischen den einzelnen Tarifstufen sind nicht zulässig.

3. Wer kann versichert werden?

Versichert werden können Personen, die nach dem Tarif BK bzw. BKA oder BA versichert sind.

Versichert werden können auch Personen,

- die einen Anspruch auf Beihilfe für wahlärztliche Leistungen und gesondert berechenbare Unterkunft im Krankenhaus im Sinne einer Beihilfeverordnung haben und
- für die ein Anspruch auf Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. ein entsprechender Anspruch auf Heilfürsorge besteht.

BeihilfeMed Krankenhaus Tarife BKH1, BKH1A

Diese Tarife müssen zusammen mit dem **Tarif BKH2 bzw. BKH2A** bestehen.

1. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

1.1 Wir ersetzen die erstattungsfähigen Mehraufwendungen für die

- **Unterbringung im Einbettzimmer zu 100%.**

Mehraufwendungen sind die Differenzkosten zwischen den Zuschlägen für Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer.

Zählt das Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, gilt Folgendes: Wir ersetzen nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und Leistungen aus Tarif BKH2 bzw. BKH2A die verbleibenden Aufwendungen für die Unterbringung im Einbettzimmer **zu 100%.**

1.2 Nimmt die versicherte Person kein Einbettzimmer in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt **20 Euro je Tag.**

Das Tagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

2. Wer kann versichert werden?

Versichert werden können Personen, die nach dem Tarif BKH2 bzw. BKH2A versichert sind.

BeihilfeMed Extra Plus Tarif BX

Dieser Tarif muss zusammen mit dem **Tarif BK, BKA** und ggf. dem **Tarif BKHE bzw. BKHEA** bestehen.

Tarif BX darf nicht neben Tarif BEX/BEXA bestehen.

1. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?

Wir ersetzen nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und Leistungen aus den BeihilfeMed-Tarifen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

1.1 **Ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen von Nr. 1.1 Tarife BK, BKA bis zu den Höchstsätzen der GOÄ**
zu 100%,

mit folgenden Besonderheiten:

- **Psychotherapie im Rahmen von Nr. 1.1 Tarife BK, BKA**
 - bis zu 30 Sitzungen **zu 100%,**
 - von der 31. Sitzung an **zu 80%,**
 - von der 61. Sitzung an **zu 70%.**

Wichtiger Hinweis:

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Aufwendungen beihilfefähig sind.

- **Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen von Nr. 1.1 Tarife BK, BKA**
zu 100%.

Die bei den gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogrammen für Erwachsene vorgesehenen Altersgrenzen und Intervalle müssen nicht eingehalten werden.

Dies gilt auch für nicht beihilfefähige Aufwendungen.

- **Berufsbedingte Schutzimpfungen im Rahmen von Nr. 1.1 Tarife BK, BKA**
zu 100%,

wenn sie von der

- Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes bzw.
- Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit

empfohlen werden. Die Aufwendungen für die hierbei verwendeten Impfstoffe erstatten wir ebenfalls.

Dies gilt auch für nicht beihilfefähige Aufwendungen.

1.2 **Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen von Nr. 1.2 Tarife BK, BKA** (inklusive der verbleibenden Aufwendungen, die aufgrund der Höchstbeträge im Tarif BK entstehen)
zu 100%.

Dies gilt auch für nicht beihilfefähige Aufwendungen.

1.3 **Hilfsmittel (außer Sehhilfen) im Rahmen von Nr. 1.5 Tarife BK, BKA
zu 100%.**

Wichtiger Hinweis: Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Aufwendungen beihilfefähig sind und nach Nr. 1.5 Tarif BK ein Erstattungsanspruch von 100% besteht. Ohne Einschaltung unseres Hilfsmittelservices ersetzen wir maximal 80% des verbleibenden Teils der Aufwendungen für Hilfsmittel, der durch die Beihilfeleistung - aufgrund dort festgelegter Höchstbeträge - nicht vollständig ersetzt wird.

1.4 **Sehhilfen (einschließlich Reparatur) im Rahmen von Nr. 1.6 Tarife BK, BKA
innerhalb von 24 Monaten bis zu 400 Euro.**

Dies gilt auch für nicht beihilfefähige Aufwendungen.

1.5 **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) im Rahmen von Nr. 1.7 Tarife BK, BKA (ohne die dort ge-
nannte betragsmäßige Begrenzung sowie die Begrenzung auf DiGA, die im DiGA-Verzeichnis enthalten
sind)
bis zu 500 Euro je Versicherungsjahr.**

Dies gilt auch für nicht beihilfefähige Aufwendungen.

1.6 Soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwen-
dungen.

2. **Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?**

Wir ersetzen nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und Leistungen aus den BeihilfeMed-Tarifen die ver-
bleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

2.1 **Zahnbehandlung und Kieferorthopädie im Rahmen von Nr. 2.1, 2.3 und 2.4 Tarife BK, BKA bis zu den
Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ
zu 100%.**

2.2 **Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen im Rahmen von Nr. 2.2 bis 2.4 Tarife BK, BKA bis zu den
Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ
zu 100%.**

**In den ersten fünf Versicherungsjahren ist unsere Erstattungsleistung begrenzt. Es gelten die den Tari-
fen BK, BKA und ggf. BKHE, BKHEA und ggf. Tarif BZA jeweils zugrundeliegenden Höchstbeträge (vgl.
Nr. 2.2 Tarife BK, BKA, Nr. 1 Tarife BKHE, BKHEA und Nr. 2 Tarif BZA).**

Zur Ermittlung der Höchstbeträge rechnen wir die Leistungen aus allen BeihilfeMed-Tarifen zusammen.
Maßgeblich ist der Beginn der Versicherung im Tarif BK bzw. BKA. Vorversicherungszeiten berücksichtigen wir
entsprechend (vgl. Nr. 2.2 Tarife BK, BKA, Seite 11).

Die Begrenzung auf Höchstbeträge gilt nicht, wenn die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind.

2.3 **Wichtige Hinweise:**

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Aufwendungen beihilfefähig sind. Für Personen, die nach Ausbil-
dungstarifen versichert sind, gilt eine Besonderheit: Diese Personen haben nach Beihilfavorschriften in der Re-
gel keinen oder nur einen eingeschränkten Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen für Zahnersatz. Daher sind
Aufwendungen für die hier aufgeführten Leistungen, auch wenn sie nicht beihilfefähig sind, aus diesem Tarif er-
stattungsfähig, sofern gleichzeitig eine Versicherung nach dem **Tarif BZA** besteht. Unsere Leistungen aus die-
sem Tarif rechnen wir an.

Soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwen-
dungen.

2.4 **Unfallbedingte kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen sowie
funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen bis zu den Höchstsätzen der GOÄ bzw.
GOZ
zu 100%.**

Weitere Voraussetzungen für die Erstattung sind:

- Die kieferorthopädische Maßnahme ist alleine aufgrund eines Unfalles medizinisch notwendig.
- Besteht für die Maßnahme bereits ein Erstattungsanspruch nach Nr. 2.1 Tarif BX, leisten wir nach Nr. 2.4
Tarif BX nicht.
- Die Gebühren für Material- und Laborkosten sind im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berech-
net.⁸

⁸ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise verein-
bart, gelten diese als üblich.

3. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

3.1 Wir ersetzen nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und Leistungen aus dem Tarif BKH2 bzw. BKH2A die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- **Privatärztliche Behandlung im Krankenhaus im Rahmen von Nr. 1.1 Tarife BKH2, BKH2A bis zu den Höchstsätzen der GOÄ und darüber hinaus, wenn und soweit eine rechtsgültige Honorarvereinbarung nach GOÄ getroffen wurde**

zu 100%.

Wichtige Hinweise:

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Aufwendungen beihilfefähig sind und gleichzeitig eine Versicherung nach **Tarif BKH2 bzw. BKH2A** besteht.

Soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

3.2 Wir ersetzen nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und sofern kein Leistungsanspruch aus dem Tarif BK, BKA besteht, die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- **Die medizinisch notwendige stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson (Rooming in).**

Das sind zusätzliche Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung

zu 100%,

wenn eine Begleitperson - während einer stationären Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus - stationär aufgenommen wird und diese Aufnahme medizinisch notwendig ist. Bei versicherten Kindern bis zu einem Alter von 10 Jahren gehen wir von der medizinischen Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson aus.

Dies gilt auch für nicht beihilfefähige Aufwendungen.

3.3 Für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

15 Euro je Tag.

Das Tagegeld zahlen wir nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären Heilbehandlung. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

Das Tagegeld zahlen wir ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen oder von Versicherungsleistungen.

4. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Auslandsreisen?

Wir ersetzen bei einem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen nach Anrechnung von etwaigen Beihilfeansprüchen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

4.1 **Ärztliche Leistungen.**

4.2 **Arznei- und Verbandmittel gemäß Nr. 1.3 Tarife BK, BKA.**

4.3 **Heilmittel gemäß Nr. 1.4 Tarife BK, BKA.**

4.4 **Stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung).**

4.5 **Den notwendigen Transport in das nächstgelegene Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungskräfte.**

4.6 **Schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung in einfacher Ausführung (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen).**

4.7 **Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland.**

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig sein.
- Der Rücktransport erfolgt an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus.
- Der Rücktransport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221/578 94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Rücktransport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Mehrkosten

zu 80%.

4.8 **Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland.**

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Die versicherte Person benötigt
 - lebensnotwendige Arzneimittel, die vor Ort nicht erhältlich sind oder

- Blutkonserven, die vor Ort nicht erhältlich sind bzw. sie hat den berechtigten Wunsch nach Blutkonserven aus Deutschland (z.B. Eigenblutkonserven).
- Der Transport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221/578 94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Transport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Transportkosten
zu 80%.

Der Transport erfolgt von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person. Dabei sind die geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen zu beachten.

4.9 **Todesfall im Ausland**, und zwar für die

- Überführung der verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes bis zu

12.000 Euro.

- Beisetzung der verstorbenen versicherten Person im Ausland bis zu

6.000 Euro.

Unser Dienstleister organisiert eine Beisetzung im Ausland oder eine Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person.

Rufen Sie unseren **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221 578/94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

4.10 Die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir auch dann, wenn diese nicht beihilfefähig sind. Soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

4.11 Für die Leistungen bei Auslandsreisen gilt abweichend zu Teil 2 Nr. 5 Folgendes:

Wir leisten nicht für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung unternommen werden.

Die Bundesrepublik Deutschland und Länder, in denen die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, gelten nicht als Ausland. Der Auslandsschutz endet nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Wochen hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Es besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

5. **Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen?**

5.1 Wir ersetzen, nach Anrechnung von etwaigen Beihilfeansprüchen, die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- **Ärztlich verordnete Teilnahme an einem Funktionstraining**,
z.B. Trockengymnastik, Wassergymnastik, in Gruppen bzw. Einrichtungen, die zur Erbringung solcher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Rehabilitationsträger zugelassen sind

zu 100%.

- **Ärztlich verordnete Teilnahme am Rehabilitationssport**,
wie z.B. Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Bewegungsspiele, in Sportgemeinschaften, die zur Erbringung solcher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Rehabilitationsträger zugelassen sind

zu 100%.

Fahrtkosten und Aufwendungen für Sportbekleidung sind nicht erstattungsfähig.

Die in Rechnung gestellten Beträge müssen im Rahmen der in Deutschland üblichen Vergütungen berechnet sein. Als üblich gelten die mit den gesetzlichen Rehabilitationsträgern vereinbarten Vergütungen.

5.2 Wir zahlen bei einer ärztlich verordneten ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ein Kurtagegeld in Höhe von **30 Euro je Tag.**

Das Kurtagegeld zahlen wir ohne Kostennachweis und ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen oder von Versicherungsleistungen für maximal 30 Tage.

Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.

5.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir auch dann, wenn diese nicht beihilfefähig sind.

6. **Wer kann versichert werden?**

Versichert werden können Personen,

- die nach dem Tarif BK bzw. BKA versichert sind und
- die so nach BeihilfeMed-Tarifen versichert sind, dass der Gesamtschutz aus Beihilfebemessungssatz und Erstattungsprozentsatz auf 100% ausgelegt ist.

BeihilfeMed Extra Tarife BEX, BEXA

Diese Tarife müssen zusammen mit dem **Tarif BK bzw. BKA** und ggf. dem **Tarif BKHE bzw. BKHEA** bestehen.

Die Tarife BEX/BEXA dürfen nicht neben Tarif BX bestehen.

1. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?

Wir ersetzen nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und Leistungen aus den BeihilfeMed-Tarifen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

1.1 Ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen von Nr. 1.1 Tarife BK, BKA bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

zu 100%,

mit folgenden Besonderheiten:

- **Psychotherapie im Rahmen von Nr. 1.1 Tarife BK, BKA**

bis zu 30 Sitzungen	zu 100%,
von der 31. Sitzung an	zu 80%,
von der 61. Sitzung an	zu 70%.

Wichtiger Hinweis:

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Aufwendungen beihilfefähig sind.

1.2 Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen von Nr. 1.2 Tarife BK, BKA (ohne die dort genannte betragsmäßige Begrenzung)

zu 90%.

Dies gilt auch für nicht beihilfefähige Aufwendungen.

1.3 Sehhilfen (einschließlich Reparatur) im Rahmen von Nr. 1.6 Tarife BK, BKA innerhalb von 24 Monaten

bis zu 100 Euro.

Dies gilt auch für nicht beihilfefähige Aufwendungen.

1.4 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) im Rahmen von Nr. 1.7 Tarif BK, BKA (ohne die dort genannte betragsmäßige Begrenzung sowie die Begrenzung auf DiGA, die im DiGA-Verzeichnis enthalten sind)

bis zu 500 Euro je Versicherungsjahr.

Dies gilt auch für nicht beihilfefähige Aufwendungen.

1.5 Soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

2. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?

Wir ersetzen nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und Leistungen aus den BeihilfeMed-Tarifen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

2.1 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie im Rahmen von Nr. 2.1, 2.3 und 2.4 Tarife BK, BKA bis zu den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ

zu 90%.

2.2 Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen im Rahmen von Nr. 2.2 bis 2.4 Tarife BK, BKA bis zu den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ

zu 90%.

In den ersten fünf Versicherungsjahren ist unsere Erstattungsleistung begrenzt. Es gelten die den Tarifen BK, BKA und ggf. BKHE, BKHEA und ggf. Tarif BZA jeweils zugrundeliegenden Höchstbeträge (vgl. Nr. 2.2 Tarife BK, BKA, Nr. 1 Tarife BKHE, BKHEA und Nr. 2 Tarif BZA).

Zur Ermittlung der Höchstbeträge rechnen wir die Leistungen aus allen BeihilfeMed-Tarifen zusammen.

Maßgeblich ist der Beginn der Versicherung im Tarif BK bzw. BKA. Vorversicherungszeiten berücksichtigen wir entsprechend (vgl. Nr. 2.2 Tarife BK, BKA, Seite 11).

Die Begrenzung auf Höchstbeträge gilt nicht, wenn die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind.

2.3 Wichtige Hinweise:

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Aufwendungen beihilfefähig sind. Für Personen, die nach Ausbildungstarifen versichert sind, gilt eine Besonderheit: Diese Personen haben nach Beihilfavorschriften in der Regel keinen oder nur einen eingeschränkten Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen für Zahnersatz. Daher sind Aufwendungen für die hier aufgeführten Leistungen, auch wenn sie nicht beihilfefähig sind, aus diesem Tarif erstattungsfähig, sofern gleichzeitig eine Versicherung nach dem **Tarif BZA** besteht. Unsere Leistungen aus diesem Tarif rechnen wir an.

Soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

3. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

3.1 Wir ersetzen nach Anrechnung von Beihilfeansprüchen und Leistungen aus dem Tarif BKH2 bzw. BKH2A die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- **Privatärztliche Behandlung im Krankenhaus im Rahmen von Nr. 1.1 Tarife BKH2, BKH2A bis zu den Höchstsätzen der GOÄ**

zu 100%.

Wichtige Hinweise:

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Aufwendungen beihilfefähig sind und gleichzeitig eine Versicherung nach **Tarif BKH2 bzw. BKH2A** besteht.

Soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

3.2 Für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

15 Euro je Tag.

Das Tagegeld zahlen wir nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären Heilbehandlung. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

Das Tagegeld zahlen wir ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen oder von Versicherungsleistungen.

4. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Auslandsreisen?

Wir ersetzen bei einem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen nach Anrechnung von etwaigen Beihilfeansprüchen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:

4.1 **Ärztliche Leistungen.**

4.2 **Arznei- und Verbandmittel gemäß Nr. 1.3 Tarife BK, BKA.**

4.3 **Heilmittel gemäß Nr. 1.4 Tarife BK, BKA.**

4.4 **Stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung).**

4.5 **Den notwendigen Transport in das nächstgelegene Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungskräfte.**

4.6 **Schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung in einfacher Ausführung (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen).**

4.7 **Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland.**

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig sein.
- Der Rücktransport erfolgt an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus.
- Der Rücktransport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221/578 94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Rücktransport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Mehrkosten

zu 80%.

4.8 **Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland.**

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Die versicherte Person benötigt
 - lebensnotwendige Arzneimittel, die vor Ort nicht erhältlich sind oder
 - Blutkonserven, die vor Ort nicht erhältlich sind bzw. sie hat den berechtigten Wunsch nach Blutkonserven aus Deutschland (z.B. Eigenblutkonserven).
- Der Transport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221/578 94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Transport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Transportkosten

zu 80%.

Der Transport erfolgt von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person. Dabei sind die geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen zu beachten.

4.9 **Todesfall im Ausland**, und zwar für die

- Überführung der verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes bis zu

12.000 Euro.

- Beisetzung der verstorbenen versicherten Person im Ausland bis zu

6.000 Euro.

Unser Dienstleister organisiert eine Beisetzung im Ausland oder eine Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person.

Rufen Sie unseren **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221 578/94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

4.10 Die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir auch dann, wenn diese nicht beihilfefähig sind. Soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

4.11 Für die Leistungen bei Auslandsreisen gilt abweichend zu Teil 2 Nr. 5 Folgendes:

Wir leisten nicht für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung unternommen werden.

Die Bundesrepublik Deutschland und Länder, in denen die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, gelten nicht als Ausland. Der Auslandsschutz endet nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Wochen hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Es besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

5. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen?

5.1 Wir ersetzen, nach Anrechnung von etwaigen Beihilfeansprüchen, die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- **Ärztlich verordnete Teilnahme an einem Funktionstraining**,
z.B. Trockengymnastik, Wassergymnastik, in Gruppen bzw. Einrichtungen, die zur Erbringung solcher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Rehabilitationsträger zugelassen sind
zu 100%.

- **Ärztlich verordnete Teilnahme am Rehabilitationssport**,
wie z.B. Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Bewegungsspiele, in Sportgemeinschaften, die zur Erbringung solcher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Rehabilitationsträger zugelassen sind
zu 100%.

Fahrtkosten und Aufwendungen für Sportbekleidung sind nicht erstattungsfähig.

Die in Rechnung gestellten Beträge müssen im Rahmen der in Deutschland üblichen Vergütungen berechnet sein. Als üblich gelten die mit den gesetzlichen Rehabilitationsträgern vereinbarten Vergütungen.

5.2 Wir zahlen bei einer ärztlich verordneten ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ein Kurtagegeld in Höhe von

20 Euro je Tag.

Wir zahlen bei einer ärztlich verordneten stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ein Kurtagegeld in Höhe von

30 Euro je Tag.

Das Kurtagegeld zahlen wir ohne Kostennachweis und ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen oder von Versicherungsleistungen für maximal 30 Tage.

Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.

5.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir auch dann, wenn diese nicht beihilfefähig sind.

6. Wer kann versichert werden?

Versichert werden können Personen,

- die nach dem Tarif BK bzw. BKA versichert sind und
- die so nach BeihilfeMed-Tarifen versichert sind, dass der Gesamtschutz aus Beihilfebemessungssatz und Erstattungsprozentsatz auf 100% ausgelegt ist.

Besondere Bedingungen für die Ausbildungstarife:

BeihilfeMed Kompakt Tarif BKA, BeihilfeMed Kompakt Hessen Tarif BKHEA, BeihilfeMed Krankenhaus Tarife BKH2A, BKH1A, BeihilfeMed Extra Tarif BEXA

1. Allgemeines

Es gelten ergänzend folgende Besondere Bedingungen: Sie zahlen nur einen Risikobeitrag. Das bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Für die versicherte Person, die das 14., 19., 24., 29. bzw. 34. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.

2. Wer kann versichert werden?

2.1 Versichert werden können

- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (Anwärter, Referendare) sowie deren bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehe- bzw. eingetragene Lebenspartner und Kinder,
- bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder in der Ausbildung,
- beihilfeberechtigte Studenten.

2.2 Die Versicherung nach den Tarifen BKA, BKHEA, BKH2A, BKH1A bzw. BEXA enden mit Ablauf des Monats, in dem

- die Versicherungsfähigkeit gemäß Nr. 2.1 nicht mehr gegeben ist bzw.
- das 39. Lebensjahr vollendet wird.

Die Versicherung nach diesen Tarifen endet dann auch für die mitversicherten Ehe- bzw. eingetragenen Lebenspartner und Kinder.

2.3 Liegt einer der genannten Gründe für die Beendigung der Ausbildungstarife vor, müssen Sie uns dies innerhalb von zwei Monaten mitteilen.

2.4 Bei Beendigung nach Nr. 2.2 führen wir die Versicherung nach

- Tarif BKA im Tarif BK,
- Tarif BKHEA im Tarif BKHE,
- Tarif BKH2A im Tarif BKH2
- Tarif BKH1A im Tarif BKH1
- Tarif BEXA im Tarif BEX

fort. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten tariflichen Alter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr). Eventuell vorhandene Alterungsrückstellungen rechnen wir an. Etwaige Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse bleiben bestehen, soweit nichts anderes vereinbart wird.

Bei Wegfall des Beihilfeanspruchs gilt Teil 2 Nr. 19.1 (Seite 30).

BeihilfeMed Zahn Tarif BZA

Dieser Tarif muss zusammen mit dem **Tarif BKA** und ggf. dem **Tarif BKHEA** bzw. **Tarif BA** und ggf. dem **Tarif BHA** bestehen.

1. Allgemeines

Sie zahlen nur einen Risikobeitrag. Das bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Für die versicherte Person, die das 14., 19., 24., 29. bzw. 34. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.

2. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?

Wir ersetzen zusammen mit den Leistungen aus dem Tarif BKA und ggf. dem Tarif BKHEA bzw. Tarif BA und ggf. dem Tarif BHA die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- **Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen im Rahmen von Nr. 2.2 bis 2.4 Tarif BKA bzw. BA zu 70%.**

Voraussetzung ist, dass die hier aufgeführten Leistungen **nicht** beihilfefähig sind. Werden gleichwohl Beihilfeleistungen (z.B. bei einem Unfall) erbracht, rechnen wir diese auf die Leistung aus diesem Tarif an.

In den einzelnen Tarifstufen gelten folgende Höchstbeträge:

Tarifstufen	Im ersten Versicherungsjahr (Grundbetrag: 1.000 EUR)	In den ersten zwei Versicherungsjahren (Grundbetrag: 2.000 EUR)	In den ersten drei Versicherungsjahren (Grundbetrag: 3.000 EUR)	In den ersten vier Versicherungsjahren (Grundbetrag: 4.000 EUR)	In den ersten fünf Versicherungsjahren (Grundbetrag: 5.000 EUR)
BZA 60	600 EUR	1.200 EUR	1.800 EUR	2.400 EUR	3.000 EUR
BZA 50	500 EUR	1.000 EUR	1.500 EUR	2.000 EUR	2.500 EUR
BZA 45	450 EUR	900 EUR	1.350 EUR	1.800 EUR	2.250 EUR
BZA 40	400 EUR	800 EUR	1.200 EUR	1.600 EUR	2.000 EUR
BZA 35	350 EUR	700 EUR	1.050 EUR	1.400 EUR	1.750 EUR
BZA 30	300 EUR	600 EUR	900 EUR	1.200 EUR	1.500 EUR
BZA 25	250 EUR	500 EUR	750 EUR	1.000 EUR	1.250 EUR
BZA 20	200 EUR	400 EUR	600 EUR	800 EUR	1.000 EUR

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

Maßgeblich ist der Beginn der Versicherung im Tarif **BKA** bzw. **BA**. Vorversicherungszeiten berücksichtigen wir entsprechend (vgl. Nr. 2.2 Tarif BKA, Seite 11 bzw. Nr. 2.2 Tarif BA (in gesondertem Druckstück B 555)).

3. In welcher Höhe ersetzen wir Ihre Aufwendungen?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen jeweils zu den vereinbarten Prozentsätzen, und zwar nach:

Tarifstufe BZA 60	zu 60%
Tarifstufe BZA 50	zu 50%
Tarifstufe BZA 45	zu 45%
Tarifstufe BZA 40	zu 40%
Tarifstufe BZA 35	zu 35%
Tarifstufe BZA 30	zu 30%
Tarifstufe BZA 25	zu 25%
Tarifstufe BZA 20	zu 20%

Kombinationen zwischen den einzelnen Tarifstufen sind nicht zulässig.

4. Wer kann versichert werden?

4.1 Versichert werden können Personen, die so nach dem Tarif BKA und ggf. Tarif BKHEA bzw. Tarif BA und ggf. Tarif BHA versichert sind, dass der Gesamtschutz aus Beihilfebemessungssatz und Erstattungsprozentsatz auf 100% ausgelegt ist.

4.2 Die Tarifstufe nach Tarif BZA muss so gewählt werden, dass der Erstattungsprozentsatz zusammen mit dem der Tarife BKA und ggf. BKHEA bzw. Tarife BA und ggf. BHA insgesamt 70% ergibt.

Beispiele:

- Leistungen aus Tarif BKA 50 50%
- Leistungen aus Tarif BZA 20 20%
- Gesamterstattung 70% der erstattungsfähigen Aufwendungen
- Leistungen aus Tarif BA 20 20%
- Leistungen aus Tarif BHA 15 15%
- Leistungen aus Tarif BZA 35 35%
- Gesamterstattung 70% der erstattungsfähigen Aufwendungen

Bei einer etwaigen späteren Änderung der Tarifstufe im Tarif BKA bzw. BA passen wir gleichzeitig die Tarifstufe des Tarifs BZA entsprechend an, so dass der Erstattungsprozentsatz insgesamt weiterhin 70% beträgt.

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 25),
 - bei Aufenthalt im Ausland (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 26),
 - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 12, Seite 28),
 - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 14, Seite 28 f.).

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) und vor Ablauf von etwaigen Wartezeiten.

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. 20, Seite 30 f.). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

4. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?

- 4.1 In den Tarifen BK, BKA, BKHE und BKHEA gibt es keine Wartezeiten.
- 4.2 In den Tarifen BKH2, BKH2A, BKH1, BKH1A, BX, BEX, BEXA und BZA gibt es ebenfalls keine Wartezeiten, wenn Sie diese Tarife zeitgleich und mit einheitlichem Versicherungsbeginn mit den unter Nr. 4.1 genannten Tarifen vereinbaren.

Ist dies nicht der Fall, beträgt in diesen Tarifen die allgemeine Wartezeit drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate. Wir können die Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen, wenn Sie dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen.

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn des Tarifs, für den die Wartezeiten gelten, an.

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 auch verlangen, dass wir die betreffende Versicherung 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, da die Leistungen dieses Tarifs grundsätzlich nur auf das deutsche Gesundheitssystem ausgerichtet sind. 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.

Die Tarife BX, BEX und BEXA bieten u.a. ergänzenden Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten bis zu sechs Wochen (vgl. dort, Nr. 4, Seite 18 f.).

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 Euro 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. Außerdem gilt das Abtretungsverbot nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

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 angeregelte 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 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen 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.

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 in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. 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. In den Ausbildungstarifen gilt dies zusätzlich für Personen, die das 24., 29. bzw. 34. Lebensjahr vollenden. 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 BK bzw. BKA und ggf. weiteren BeihilfeMed-Tarifen 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. 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.

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, gilt Folgendes: Bei einer Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von über 10% sind wir zur Prüfung dieser Beiträge und einer erforderlichen Änderung verpflichtet. 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?

18.1 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.

18.2 **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.

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 28), beträgt die Frist zwei Monate ab Wirksamwerden der Änderung. Dies gilt auch, wenn sich die Beiträge wegen Fortführung nach Teil 1 Nr. 2.4 der Besonderen Bedingungen für Ausbildungstarife (vgl. Seite 23) erhöhen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 16, Seite 29) 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 29).

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 BK bzw. BKA und BKHE bzw. BKHEA 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 BK bzw. BKA sowie ggf. BKHE bzw. BKHEA 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 einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Die Beendigung wird wirksam zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist (siehe jedoch Nrn. 2.2 und 2.4 der Besonderen Bedingungen für die Ausbildungstarife BKA, BKHEA, BKH2A, BKH1A, BEXA vgl. Seite 23).
- 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. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

22. 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.