

Teil III Tarife BA0, R-BA0-A und R-BA0-S

Krankheitskostentarife für ambulante und zahnärztliche Behandlung für Beihilfeberechtigte

BA0

Die Tarife BA0 mit den Tarifstufen BA0 95/90/85/80/75/70/65/60/55/50/45/40/35/30/25/20/20V, R-BA0-A mit den Tarifstufen R-BA0-A 100/50/45/40/35/30/25/20 und R-BA0-S mit den Tarifstufen R-BA0-S 100/50/45/40/35/30/25/20 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Das Aufnahmehöchstalter beträgt 50 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

1.2 Die versicherte Person kann nur nach den Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.3 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, können die Tarifstufe BA0 20V versichern.

Die Tarifstufe BA0 20V kann nur in Verbindung mit einer weiteren BA0-Tarifstufe bestehen, wobei die Prozentsätze der Tarifstufen nach B 1.4 zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen dürfen. Sie endet mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1.1 Ambulante Heilbehandlungen einschließlich Hilfsmittel und Transportkosten

1.2 Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Zahnprophylaxe

1.3 Kosten für Zahnersatz sowie kieferorthopädische Maßnahmen

1.4 Die Aufwendungen gemäß 1.1 bis 1.3 (Leistungsumfang) und 2.1 bis 2.4 (Erläuterungen zum Leistungsumfang) werden in den einzelnen Tarifstufen wie folgt erstattet:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsätze
R-BA0-A 100, R-BA0-S 100	100 %
BA0 95	95 %
BA0 90	90 %
BA0 85	85 %
BA0 80	80 %
BA0 75	75 %
BA0 70	70 %
BA0 65	65 %
BA0 60	60 %
BA0 55	55 %
BA0 50, R-BA0-A 50, R-BA0-S 50	50 %
BA0 45, R-BA0-A 45, R-BA0-S 45	45 %
BA0 40, R-BA0-A 40, R-BA0-S 40	40 %
BA0 35, R-BA0-A 35, R-BA0-S 35	35 %
BA0 30, R-BA0-A 30, R-BA0-S 30	30 %
BA0 25, R-BA0-A 25, R-BA0-S 25	25 %
BA0 20, BA0 20V, R-BA0-A 20, R-BA0-S 20	20 %

2 Erläuterungen zum Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

2.1 Ambulante Heilbehandlung

2.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung.

Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

2.1.2 Leistungen des Heilpraktikers

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Leistungen von Heilpraktikern für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in

der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Erstattet werden die Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH85). Liegen dabei die berechneten Gebühren des Heilpraktikers über den Gebühren, die ein Arzt für eine vergleichbare Leistung in der Regel berechnen darf, erfolgt die Erstattung auf der Grundlage der Regelhöchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

2.1.3 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattet werden von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen, sofern sie vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden. Die erstattungsfähigen Kosten werden für 30 Sitzungen im Kalenderjahr zu 100 %, weitere Sitzungen im Kalenderjahr zu 50 % bei der Berechnung der tariflichen Erstattung berücksichtigt.

2.1.4 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B und Zeckenbiss-Enzephalitis.

2.1.5 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen.

Für Untersuchungen in Diagnosezentren wird nur dann geleistet, wenn der Versicherer das vorher schriftlich zugesagt hat.

2.1.6 Dialysebehandlungen

Erstattet werden auch Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie Sachkosten für Heimdialyse.

2.1.7 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahme und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

2.1.8 Leistungen des Logopäden

Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

2.1.9 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete und von Pflegekräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

2.1.10 Physikalisch-medizinische Leistungen

Das sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrophysiotherapie, Lichttherapie, die durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe durchgeführt werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B.: Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z. B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

Gemäß § 4 (3) Teil I müssen alle Verrichtungen, auch wenn sie durch einen Masseur oder Krankengymnasten ausgeführt werden, von einem Heilbehandler verordnet worden sein.

2.1.11 Medikamente und Verbandmittel

Erstattet werden alle vom Heilbehandler verordneten und wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Dazu zählen auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

2.2 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Das sind: Sehhilfen, Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Hörgerät, Sprechhilfe, Kunstaugen, Schienenapparate, Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.

Sehhilfen sind Brillen (Gestell und Gläser) und alternativ Kontaktlinsen. Erstattungsfähig sind Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR.

Aufwendungen für Hörgeräte sind maximal bis 1.000 EUR je Ohr, Aufwendungen für Krankenfahrstühle bis 1.500 EUR, Aufwendungen für maßgefertigte orthopädische Schuhe pro Paar bis 1.000 EUR erstattungsfähig.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet. Sehhilfen werden bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien ohne zeitliche Begrenzung erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

2.3 Wegegebühren und Transportkosten

Wegegebühren des Heilbehandlers und Kosten für medizinisch notwendigen Unfall- und Notfalltransport werden erstattet. Für die Höhe der Erstattung ist jeweils die Entfernung zum nächsterreichbaren zuständigen Heilbehandler maßgeblich.

2.4 Zahnärztliche Behandlung

2.4.1 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 100 % der Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe sowie Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 der GOZ.

2.4.2 Zahnersatz sowie kieferorthopädische Maßnahmen

2.4.2.1 Leistung in den ersten beiden Kalenderjahren
Erstattungsfähig sind im Rahmen der GOZ 60 % der Kosten für kieferorthopädische Behandlungen und 60 % der Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen, einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie.

Wird bei Antragstellung oder unmittelbar nach Vertragsschluss ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, so beträgt der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen 100 %, sofern sich aus dem Befundbericht keine Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

Der zahnärztliche Befundbericht hat durch einen vom Versicherer zu bestimmenden Zahnarzt zu erfolgen. Die Kosten trägt der Antragsteller.

2.4.2.2 Leistungen ab dem 3. Kalenderjahr

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz erhöht sich jeweils zum 1.1. des Kalenderjahres um 20 Prozentpunkte auf maximal 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz sinkt jeweils zum 1.1. des Kalenderjahres um 20 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 60 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde.

(Beispiel zur Berechnung des Erstattungsbetrages siehe Abschnitt E)

2.4.2.3 Abweichend von Abschnitt 2.4.2.1 und 2.4.2.2 sind die Kosten für Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlungen zu 100 % erstattungsfähig, wenn diese nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.4.3 Die Erstattung von Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie erfolgt ausschließlich nach dem jeweils gültigen Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL).

2.4.4 Wird eine von der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen der GOZ, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.4.5 Sofern dem Versicherer vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt wurde, halbiert sich die Erstattung nach B 1.4 bei Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung für den 2.750 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruches (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruches dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruches bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruches innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach den Tarifen R-BA0-A und R-BA0-S

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind nach Tarif R-BA0-A beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten, und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie nach Tarif R-BA0-S Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif BA0 fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraumes von zwei Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Änderung beenden.

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-BA0-A 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monaten, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Nr. 2 der Tarif für die Dauer von max. zwölf Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-BA0-A 100 bzw. R-BA0-S 100 weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz gemäß B 1.4 erhöht sich dann auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung, und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Besonderheiten zum Leistungsumfang

5.1 Abweichend von Abschnitt B 2.4.2 sind nur die Kosten für Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlungen erstattungsfähig, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Die Kosten für Einlagefüllungen werden im Rahmen von Abschnitt B 2.4.1 erstattet.

5.2 Wird der Vertrag ohne Sonderbedingungen nach den Beihilfetarifen BA0 fortgeführt, so beträgt der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen nach B 2.4.2 im Kalenderjahr der Umstellung und im folgenden Kalenderjahr 100 %. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen sinkt oder erhöht sich in den danach folgenden Kalenderjahren entsprechend der Regelungen unter 2.4.2.2, wobei die erste Kontrolluntersuchung in dem der Umstellung folgendem Kalenderjahr durchzuführen ist.

6 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Anmerkungen

Die Berechnung des Erstattungsbetrages für Zahnleistungen gemäß Punkt 2.4.2.2 soll durch folgendes Beispiel verdeutlicht werden:

Rechnungsbetrag 1.000 EUR davon sind 80 % erstattungsfähig
= 800 EUR

Der Erstattungsprozentsatz gemäß 1.4 beträgt z.B. 50 % (Tarif BA0 50).

Hieraus ergibt sich ein Erstattungsbetrag von 400 EUR (50 % von 800 EUR).