

Tarif BV

Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif) mit Gültigkeit ab 21.12.2012

Der Versicherungsschutz steht

in Tarilstufe BV10	mit zehnprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt,	in Tarilstufe BV15	mit fünfzehnprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt,
in Tarilstufe BV20	mit zwanzigprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt,	in Tarilstufe BV25	mit fünfundzwanzigprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt,
in Tarilstufe BV30	mit dreißigprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt,	in Tarilstufe BV35	mit fünfunddreißigprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt,
in Tarilstufe BV40	mit vierzigprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt,	in Tarilstufe BV45	mit fünfundvierzigprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt,
in Tarilstufe BV50	mit fünfzigprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt,	in Tarilstufe BV100 (BV20 + BV30 + BV50; BV50 + BV50; BV100)	mit hundertprozentiger Kostenerstattung ohne Selbstbehalt zur Verfügung.

Teil III Tarife

Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Der Tarif BV gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012, bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013) und
 Teil II – Tarifbedingungen.

Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die Anspruch auf Beihilfe durch ihren Dienstherrn haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige. Der Erstattungsprozentsatz darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen.

Die Versicherung nach Tarilstufe BV10 ist für Personen zu vereinbaren, die als berücksichtigungsfähige Ehegatten, berücksichtigungsfähige Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder berücksichtigungsfähige Kinder einen Beihilfebemessungssatz in Höhe von 90 % haben.

Die Versicherung nach Tarilstufe BV20 endet mit dem Ablauf des Monats, in dem das Dienstverhältnis der beihilfeberechtigten Person endet.

Die Versicherung nach den Taristufen BV15, BV25, BV35, BV40 sowie BV45 sind für beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähigen Ehegatten, berücksichtigungsfähigen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz bzw. deren berücksichtigungsfähigen Kinder im Bundesland Bremen zu vereinbaren.

Die Versicherung nach Tarilstufe BV50 ist für beihilfeberechtigte Personen zu vereinbaren, die als Empfänger von Versorgungsbzügen (z.B. bei Eintritt in den Ruhestand) einen Beihilfebemessungssatz in Höhe von 50 % haben sowie für deren berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder berücksichtigungsfähigen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

Die Versicherung nach Tarilstufe BV100 bietet die Concordia Krankenversicherungs-AG Personen an, die im Anschluss an die Ausbildung ohne einen Anspruch auf Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitslos werden. Die Versicherungs-

fähigkeit in dieser Tarilstufe endet mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, spätestens 24 Monate nach Beendigung der Ausbildung.

Verringert sich der Beihilfeanspruch oder fällt er weg, so kann eine entsprechende Höherversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten binnen sechs Monaten nach Eintritt der Änderung beantragt werden. Die Sechs-Monats-Frist für eine rückwirkende Änderung gilt bei Erhöhung des Beihilfeanspruchs entsprechend.

Versicherungsleistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für notwendige Heilbehandlung werden zu den nachstehenden Prozentsätzen ersetzt:

– Tarilstufe BV10	– zu 10 %,
– Tarilstufe BV15	– zu 15 %,
– Tarilstufe BV20	– zu 20 %,
– Tarilstufe BV25	– zu 25 %,
– Tarilstufe BV30	– zu 30 %,
– Tarilstufe BV35	– zu 35 %,
– Tarilstufe BV40	– zu 40 %,
– Tarilstufe BV45	– zu 45 %,
– Tarilstufe BV50	– zu 50 %,
– Taristufen BV20 + BV30	– zu 50 %,
– Tarilstufe BV100	– zu 100 %.

Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen

bei ambulanter Behandlung:

1. **Heilbehandlung durch Ärzte bis zum Höchstsatz der amtlichen Gebührenordnung (GOÄ) und Heilpraktiker bis zur Höchstgebühr nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) sowie zugelassene Leistungserbringer gemäß der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**

Hierzu zählen Beratungen, Hausbesuche, ambulante Operationen, sonstige Untersuchungen und Behandlungen sowie Psychotherapie. Erstattungsfähig sind zudem die Behandlungen in Krankenhausambulanzen, Hospizen und sozialpädiatrischen Zentren sowie aus der häuslichen Behandlungspflege, sofern erstattungsfähige Leistungen erbracht werden.

2. Transportkosten

Erstattungsfähig sind Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zum nächstgelegenen, geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall.

3. Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie

4. Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung bei liegender Sonde (parenterale und enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet. Als Arzneimittel, auch wenn Sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nährmittel, Entfettungsmittel, Stärkungspräparate, Mineralwasser sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel.

5. Heilmittel

Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen gemäß Abschnitt E der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die durch Angehörige staatlich anerkannter Heil-/Hilfsberufe durchgeführt werden (z.B. Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie) sowie Ergotherapie und Podologie. Ausgenommen sind Sauna-, Thermal-, russisch-römische und ähnliche Bäder. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.

6. Hilfsmittel (außer Brillen und Kontaktlinsen)

Hierunter fallen technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Erstattet werden auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) sowie die Reparatur, Wartung oder die Unterweisung im Gebrauch des Hilfsmittels.

Die Anschaffungskosten eines Blindenführhundes einschließlich erforderlicher Trainingsmaßnahmen sind ebenfalls erstattungsfähig.

Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag oberhalb von 2.000 € bedürfen der vorherigen Zusage durch den Versicherer. Die Concordia Krankenversicherungs-AG verpflichtet sich, den Leistungsanspruch innerhalb von vierzehn Tagen zu prüfen, sofern die notwendigen Unterlagen vorliegen. Der Versicherungsnehmer wird entsprechend informiert. Benennt die Concordia Krankenversicherungs-AG im Zuge der Überprüfung eine alternative Versorgung oder eine Beschaffung des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner und entscheidet sich der Versicherungsnehmer gegen diese Alternative oder wurde im Vorfeld keine Zusage eingeholt, so werden höchstens die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der Concordia Krankenversicherungs-AG angefallen wären.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Pflege und den Betrieb von Hilfsmitteln (z.B. Strom, Batterien) sowie sanitäre Bedarfsartikel und Heilapparate (z.B. Massagegeräte, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte).

7. Brillen und Kontaktlinsen

Erstattungsfähig sind Brillen und Kontaktlinsen einmal je Kalenderjahr bis 170 € voll und der darüber liegende Teil zur Hälfte. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.

8. Stoma-Versorgungsartikel

9. Psychotherapie

Bei einer ambulanten Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 50 Sitzungen pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

10. Vorsorgeuntersuchungen

In Erweiterung von § 1 Abs. 2b MB/KK 2013 erstreckt sich der Versicherungsschutz auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

11. Impfungen

Erstattet werden Impfungen, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden, einschließlich der verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise.

bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung:

Erstattungsfähig sind bis zum Höchstsatz der amtlichen Gebührenordnung (GOZ) die Gebühren für allgemeine, prophylaktische (inklusive der professionellen Zahnreinigung gemäß GOZ), konservierende, chirurgische und bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten. Inlays und Onlays gelten als Zahnbehandlung. Erstattungsfähig sind weiterhin die Gebühren für prothetische, implantologische und bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen sowie für kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktions-therapeutische zahnärztliche Leistungen einschließlich der jeweils zugehörigen Material- und Laborkosten. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verblendungen (auch Keramikverblendungen) bis einschließlich Zahn 8.

Die vorgenannten Aufwendungen sind

im 1. Vers.-Jahr	im 2. Vers.-Jahr	im 3. Vers.-Jahr
bis zu 1.500 €	bis zu 3.000 €	bis zu 4.500 €

erstattungsfähig.

Die Erstattung richtet sich dann nach dem Prozentsatz der jeweiligen Tarifstufe.

Die Begrenzung der erstattungsfähigen Kosten entfällt bei nachgewiesenen unfallbedingten Aufwendungen.

bei stationärer Behandlung:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen

Hierzu zählen die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen des Belegarztes, der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger. Erstattungsfähig sind zudem die Behandlungen in Hospizen, sofern erstattungsfähige Leistungen erbracht werden.

2. Transportkosten

Erstattet werden die medizinisch notwendigen Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).

3. Wahlleistungen

Erstattungsfähig sind zusätzlich die Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG und § 22 BpflV) für

- die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer
- die privatärztliche Behandlung.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, entspricht die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse dem Drei- und Mehrbettzimmer.

4. Stationäre Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 20 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

5. Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf bestimmte Leistungen

Wird die privatärztliche Behandlung nicht in Anspruch genommen, zahlt die Concordia Krankenversicherungs-AG neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld

- in Tarilstufe BV10 in Höhe von 3,00 €,
- in Tarilstufe BV15 in Höhe von 4,50 €,
- in Tarilstufe BV20 in Höhe von 6,00 €,
- in Tarilstufe BV25 in Höhe von 7,50 €,
- in Tarilstufe BV30 in Höhe von 9,00 €,
- in Tarilstufe BV35 in Höhe von 10,50 €,
- in Tarilstufe BV40 in Höhe von 12,00 €,
- in Tarilstufe BV45 in Höhe von 13,50 €,
- in Tarilstufe BV50 in Höhe von 15,00 €,
- in Tarilstufe BV100 in Höhe von 30,00 €.

Bei Verzicht auf die Wahlleistung Zweibettzimmer zahlt die Concordia Krankenversicherungs-AG neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Behandlung im Drei- und Mehrbettzimmer ein Krankenhaustagegeld

- in Tarilstufe BV10 in Höhe von 3,00 €,
- in Tarilstufe BV15 in Höhe von 4,50 €,
- in Tarilstufe BV20 in Höhe von 6,00 €,
- in Tarilstufe BV25 in Höhe von 7,50 €,
- in Tarilstufe BV30 in Höhe von 9,00 €,
- in Tarilstufe BV35 in Höhe von 10,50 €,
- in Tarilstufe BV40 in Höhe von 12,00 €,
- in Tarilstufe BV45 in Höhe von 13,50 €,
- in Tarilstufe BV50 in Höhe von 15,00 €,
- in Tarilstufe BV100 in Höhe von 30,00 €.