

# Teil III Tarife BO und R-BO

## Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für Beihilfeberechtigte

**BO**

**Die Tarife BO mit den Tarifstufen BO 50/30/20V und R-BO mit den Tarifstufen R-BO 100/50/30/20 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

##### 1.1 Aufnahmefähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Aufnahmefähig sind mit ihren Familienangehörigen alle aktiven und pensionierten Beamten, Richter, Soldaten, Angestellten und Arbeiter des Bundes, der Länder, der Gemeinden, der kommunalen Verbände und Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen, sofern sie ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern einschl. Berlin-Ost (Beitrittsgebiet) haben.

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

1.3 Der Tarifstufe BO 20V endet mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen.

1.4 Das Aufnahmehöchstalter ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

#### 2 Überführung in andere Krankheitskostentarife

Innerhalb von drei Monaten nach Entfall der im Einigungsvertrag für das Beitrittsgebiet vorgesehenen Abschläge auf die Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Hebammenhilfe haben die versicherten Personen das Recht, ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in andere für den Neuzugang geöffnete Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen umstellen zu lassen. Dabei wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt und die Alterungsrückstellung gemäß § 8a Teil I angerechnet.

#### 3 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 einschl. Hilfsmittel und Fahrtkosten

1.2 Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz einschl. Zahn- und Kieferregulierung

1.3 Stationäre Heilbehandlung einschl. Transportkosten

1.4 Die Aufwendungen gemäß 1.1 bis 1.3 werden in den einzelnen Tarifstufen zu folgenden Prozentsätzen erstattet:

Tarifstufe	Erstattung
BO 50, R-BO 50	50 %
BO 30, R-BO 30	30 %
BO 20V, R-BO 20	20 %

In der Tarifstufe R-BO 100 werden die Aufwendungen gemäß 1.1 und 1.3 zu 100 %, und die Aufwendungen gemäß 1.2 zu 100 % bzw. 60 % erstattet (siehe auch Abschnitt D).

#### 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.

###### 2.1.2 Leistungen des Heilpraktikers

Die Aufwendungen der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

###### 2.1.3 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind 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.

###### 2.1.4 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach- Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutz-Impfungen, 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 die Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

###### 2.1.7 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

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

###### 2.1.8 Leistungen des Logopäden

Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstätzen 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 Arzt 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, Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel und Sehhilfen.

Hilfsmittel sind technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Das sind: Bandagen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gipsliegeschalen, Hörgeräte, Korrekturschienen, handbetriebener Krankenfahrstuhl, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf). Soweit für ein Hilfsmittel mehr als 330 EUR aufgewandt werden, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von 3 Kalenderjahren erstattet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

Sehhilfen sind Brillen (Gestell und Gläser) sowie alternativ medizinisch notwendige Kontaktlinsen. Für Brillengestelle wird ein Betrag bis zu 11 EUR erstattet. Ein erneuter Anspruch auf Erstattungen von Aufwendungen für Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben alle drei Kalenderjahre oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

**2.3 Krankentransport/Fahrtkosten**  
Erstattet werden die 11 EUR je Fahrt übersteigenden Aufwendungen für Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie für medizinisch notwendige Transporte bei stationärer Behandlung zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, auch aus dem Ausland (Auslandsrücktransport).

Erstattet werden außerdem die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise, höchstens jedoch 11.000 EUR.

**2.4 Zahnärztliche Behandlung**

**2.4.1 Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe. Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 der GOZ werden bis zum Regelhöchstsatz (2,3-facher Gebührensatz) erstattet.**

**2.4.2 Erstattungsfähig sind im Rahmen der GOZ die Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Kronen und Einlagefüllungen jeder Art) einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie, Gnathologie, Zahn- und Kieferregulierung.**

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

**2.4.4 Im Rahmen von 2.4 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag in den ersten 12 Monaten höchstens 500 EUR und in den ersten 24 Monaten höchstens 1.000 EUR. Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten 24 Monate entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.**

Wird bei Antragstellung ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, entfallen die Begrenzungen in den ersten 24 Monaten, sofern sich aus dem Befundbericht keine Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

**2.5 Stationäre Behandlung**

**2.5.1 Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären oder teilstationären Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.**

**2.5.2 Erstattet werden die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung (BpflV) sowie gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.**

**2.5.3 Nicht erstattet werden die Kosten für Wahlleistungen im Sinne der BpflV sowie die Kosten einer teilstationären Dialysebehandlung.**

## C Anpassungsvorschriften

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

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs 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 Beihilfeanspruchs 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.

## D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-BO

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B und C gelten für den Tarif R-BO noch folgende Bestimmungen.

### 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind 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 Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

### 2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Studienzeit 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 4 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 BO 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 der Beitragserhöhung (Wegfall der Sonderbedingungen) durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung 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-BO 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 können abweichend von Nummer 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von max. 12 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-BO 100 weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Für Zahnersatz und Kieferorthopädie ist die Erstattung jedoch auf 60 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages begrenzt.

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 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 Alterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.