

LKH Beamtenanwärtertarife BA Tarife BA50, BA50S, BA40S, BA30

Für alle Tarife gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KKV A/S/Z).

Versicherungsfähigkeit

1. Nach diesen Tarifen sind Personen aufnahme- und versicherungsfähig, die das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
 - a) in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf mit einem Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall im Sinne der Vorschriften des Bundes, der Länder oder Gemeinden sind, sowie
 - b) deren berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner gemäß § 1 Abs. 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), sofern und solange die Person unter a) in einem dieser Tarife versichert ist.
2. Das Versicherungsverhältnis nach diesen Tarifen endet
 - a) mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit,
 - b) mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet,
 - c) bei vorzeitiger Aufgabe der Ausbildung oder mit deren Unterbrechung für die Dauer von mehr als zwölf Monaten,
 - d) nach fünf Jahren Versicherungsdauer.

Der Beendigungsgrund ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach dessen Eintritt schriftlich anzuzeigen.

Für Personen, bei denen unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung zu einem Beamtenberuf Arbeitslosigkeit eintritt und kein Anspruch auf Beihilfe oder anderweitige Leistungen (z. B. aus der gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sowie für die unter 1. b) genannten Personen kann als Fortsetzung der Tarife BA50, BA50S, BA40S, BA30 der Tarif BA50 in der Stufe 100 % (BA50 100 %) abgeschlossen werden. In diesem Fall endet das Versicherungsverhältnis bei Ende der Arbeitslosigkeit, jedoch spätestens mit Ablauf von zwölf Monaten, nachdem die Ausbildung geendet hat.

3. Optionsrecht

Endet das Versicherungsverhältnis aus einem der vorgenannten Gründe, so hat die versicherte Person das Recht auf Fortsetzung der Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung mit dem dann erreichten tariflichen Lebensalter nach allen anderen verkaufsoffenen Krankheitskostentarifen, in denen Versicherungsfähigkeit besteht und für die die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AVB/KKV A/S/Z gültig sind.

Dieses Optionsrecht gilt für eine Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung.

Wartezeiten und Umstufung

Sämtliche Wartezeiten entfallen.

Eine Umstufung des Beitrages zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird (§ 8 a (2) AVB/KKV A/S/Z), erfolgt nicht.

Leistungen

Die unter A. und B. angegebenen Erstattungsprozentsätze und -beträge gelten für den Tarif **BA50**. Die jeweiligen Erstattungsprozentsätze und -beträge für die Tarife BA50S, BA40S, BA30 und die Tarifstufe BA50 100 % ergeben sich aus der Tabelle unter C.

Beträgt die Erstattungsleistung zusammen mit den Leistungen aus anderen Tarifen und der Leistung der Beihilfe mehr als 100 % des jeweiligen Rechnungsbetrages, kann die Leistung aus diesen Tarifen entsprechend gekürzt werden.

A. Ambulant

A. I. Heilbehandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig zu **50 %** sind Aufwendungen für

1. Heilbehandlungen und Wegegeld,
2. ambulante Operationen,
3. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
4. Arznei- und Verbandmittel,
5. Schutzimpfungen und Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) mit Ausnahme von beruflich bedingten Impfungen und Reiseschutzimpfungen,
6. medizinisch anerkannte und in der Praxis bewährte Naturheilverfahren.

Aufwendungen für refraktive Hornhautchirurgie (z. B. Lasik) sind **nicht** erstattungsfähig.

A. II. Psychotherapie

Aufwendungen für Psychotherapie durch Ärzte und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind

1. bis zu 24 Sitzungen je Kalenderjahr zu **25 %**,
2. ab der 25. Sitzung zu **50 %** erstattungsfähig.

A. III. Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker sind **nicht** erstattungsfähig.

A. IV. Heilmittel

Als Heilmittel gelten ausschließlich die nachstehend aufgeführten Anwendungen.

1. Aufwendungen für

Inhalationen, Elektrotherapie, Podologie, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Lichttherapie, Massagen, Hydrotherapie und medizinische Bäder (nicht aber Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder)

sind zu **25 %** erstattungsfähig.

2. Aufwendungen für

Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie

sind innerhalb eines Kalenderjahres

- a) bis zu jeweils 24 Anwendungen zu **25 %** und
- b) ab der jeweils 25. Anwendung zu **50 %** erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für Heilmittel werden bis zu den beihilfefähigen Höchstbeträgen nach der Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüHh) berücksichtigt.

A. V. Hilfsmittel

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000,- EUR** sind zu **50 %** erstattungsfähig.
2. Bei Rechnungsbeträgen von über **1.000,- EUR** sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers zu **50 %** erstattungsfähig.

Der Versicherer kann seine Leistungspflicht für solche Hilfsmittel auch dadurch erfüllen, indem er das betreffende Hilfsmittel für den Versicherten selbst oder über Dritte beschafft oder leihweise zur Verfügung stellt. Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer hierzu vorab keine Gelegenheit gegeben und liegt keine vorherige schriftliche Zusage vor, wird der Erstattungsbetrag um einen Eigenanteil von **20 %** gekürzt.

Aufwendungen für Sehhilfen sind **nicht** erstattungsfähig.

A. VI. Häusliche Behandlungspflege

Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (z. B. Injektionen, Verband- oder Katheterwechsel) durch geeignete Pflegefachkräfte sind zu **50 %** in Höhe des Betrages erstattungsfähig, der für die Versorgung einer in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person aufzuwenden wäre.

A. VII. Ambulante Fahrtkosten

Aufwendungen für Transporte oder Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Behandlungsort bei

- Chemotherapien,
- Strahlentherapien,
- ambulanten Operationen,
- Unfällen

sind zu **50 %** erstattungsfähig, wenn der Transport bzw. die Fahrt wegen der Folgen dieser Behandlungen, der Operation oder des Unfalls medizinisch notwendig ist und von der versicherten Person nicht eigenständig durchgeführt werden kann.

Aufwendungen für Transporte oder Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Behandlungsort bei

- ambulanter Dialysebehandlung,
- nachoperativer Behandlung

sind zu **50 %** erstattungsfähig, soweit der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.

Transporte sind solche im Rettungswagen oder Krankentransportwagen mit Begleitung durch medizinisches Personal. Fahrten werden mit Taxis, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug durchgeführt. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs (Privatfahrten) ist ersatzweise jeder gefahrene Kilometer mit **0,20 EUR** erstattungsfähig.

A. VIII. Künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft

Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Insemination, IVF, ICSI) sind **nicht** erstattungsfähig.

A. IX. Sonstige Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaften

Aufwendungen für Schwangerschaftsgymnastik, Geburtsvorbereitung, Geburtsnachsorge, Hebammenhilfe bei ambulanter Entbindung und Rückbildungsgymnastik sind zu **50 %** erstattungsfähig.

A. X. Ambulante Suchtentwöhnung

Aufwendungen für ambulante Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit sind nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers zu **50 %** erstattungsfähig. Ausgeschlossen sind Behandlungen zur Entwöhnung von Nikotinabhängigkeit. Der Versicherer kann seine Zusage auf eine bestimmte Einrichtung und Behandlungsdauer beschränken.

Der Anspruch besteht für insgesamt drei Suchtentwöhnungsbehandlungen während der gesamten Versicherungsdauer bei dem Versicherer. Hierbei werden auch stationäre Suchtentwöhnungsbehandlungen mitgezählt.

A. XI. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind zu **50 %** erstattungsfähig, soweit sie darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen und die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Der Anspruch besteht auch für versicherte Personen in stationären Pflegeeinrichtungen.

A. XII. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig zu **50 %** sind Aufwendungen für

1. gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach den Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 4050, 4055 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
2. konservierende Leistungen (ausgenommen Kronen, Teilkronen und Inlays),
3. zahn- und kieferchirurgische Leistungen,
4. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
5. Röntgenuntersuchungen,
6. professionelle Zahnreinigung bis zu einem Rechnungsbetrag von **80,- EUR** je Kalenderjahr.

A. XIII. Zahnersatz und Kieferorthopädie bei Unfall

Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen,
2. Kronen, Brücken, Suprakonstruktionen,
3. Eingliederung von Aufbisshilfen,
4. Implantate (je Kiefer maximal 4),
5. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
6. kieferorthopädische Behandlungen

einschließlich vorbereitender Maßnahmen sind ausschließlich dann erstattungsfähig, wenn sie auf einen Unfall zurückzuführen sind. Die Erstattung beträgt **50 %**.

B. Stationär

B. I. Krankenhausbehandlung

Erstattungsfähig zu **50 %** sind Aufwendungen für

1. medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung,
2. Kosten des Belegarztes und der Beleghebamme in der allgemeinen Pflegeklasse,
3. Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Für stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht den gesetzlichen Entgeltregelungen für Krankenhäuser (insbesondere KHEntgG, BpflV) unterliegen, wird die Obergrenze für die erstattungsfähigen Aufwendungen durch die Entgelte bestimmt, die bei Behandlung in dem zum behandelnden Krankenhaus nächstgelegenen geeigneten und den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden Krankenhaus für Versorgung, Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Pflegeklasse angefallen wären.

B. II. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen für medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung zu **50 %** erstattungsfähig. Die Voraussetzungen des § 4 Abs. 5 AVB/KKV A/S/Z bleiben unberührt.

B. III. Stationäre Suchtentwöhnung

Bei stationärer Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit sind die unter B.I. Nr. 1 genannten Aufwendungen nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers zu **50 %** erstattungsfähig. Ausgeschlossen sind Behandlungen zur Entwöhnung von Nikotinsucht. Der Versicherer kann seine Zusage auf eine bestimmte Einrichtung und Behandlungsdauer beschränken.

Der Anspruch besteht für insgesamt drei Suchtentwöhnungsbehandlungen während der gesamten Versicherungsdauer bei dem Versicherer. Hierbei werden auch ambulante Suchtentwöhnungsbehandlungen mitgezählt.

B. IV. Stationäre Hospizbehandlung

Aufwendungen für eine stationäre Behandlung im Hospiz sind zu **50 %** erstattungsfähig in Höhe des Betrages, der für die Behandlung einer versicherten Person von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung werden angerechnet.

C. Höhe der Tarifleistungen

Tarif		BA50	BA50S	BA40S	BA30	BA50 100 %
Erstattungssatz für Tarifleistungen unter A. (ausgenommen A.II. Nr. 1 und A.IV. Nr. 1 und Nr. 2 a))	%	50	50	40	30	100
Erstattungssatz für Tarifleistungen unter A.II. Nr. 1 und A.IV. Nr. 1 und Nr. 2 a)	%	25	25	20	15	50
Erstattungsbetrag für Privatfahrten (A.VII.)	EUR	0,20	0,20	0,16	0,12	0,40
Erstattungssatz für Tarifleistungen unter B.	%	50	40	30	30	100

D. Selbstbehalt

Die tariflichen Erstattungsleistungen unter A. Ambulant werden um 20 % gekürzt, höchstens jedoch um **240,- EUR** je Kalenderjahr.

E. Beiträge

Die Beiträge für alle Tarife ergeben sich aus der Beitragsübersicht.