



Häufig gestellte Fragen zu den Tarifen BeihilfeBest, BeihilfeKlinik, BeihilfeEinbett und BeihilfeErgänzungBest

Stand 2.2025

Inhalt

1	Allgemeines zum Tarif BeihilfeBest	4
1.1	Welche Wartezeiten gibt es nach Abschluss der Versicherung?	4
1.2	Was versteht man unter Beitragsrückerstattung (BRE)?	4
1.3	Wie hoch ist die Beitragsrückerstattung (BRE)?	4
1.4	Welche Besonderheiten gelten für Kinder und Jugendliche (Tarife, Altersgrenzen)?	4
1.5	Was tun wir gegen steigende Beiträge im Alter?.....	4
1.6	Was passiert, wenn die private Krankenversicherung für eine gewisse Zeit pausiert werden muss?.....	4
1.7	Wie können Rechnungen zur Kostenerstattung digital eingereicht werden?.....	5
1.8	Gibt es die Möglichkeit der Beitragsvorauszahlung?.....	5
1.9	Unterscheidet sich der Versicherungsschutz von Anwärtern und Beamten?	5
1.10	Mein Beihilfeanspruch ändert sich oder entfällt. Was muss ich beachten?	5
1.11	Wie funktioniert die Kostenerstattung?.....	5
1.12	Auf welcher Basis und nach welcher Systematik erstatten wir Leistungen in unseren Beihilfe-Tarifen?	6
2	Ambulante Leistungen.....	7
2.1	Kann direkt ein Facharzt aufgesucht werden?.....	7
2.2	Leisten wir im ambulanten Bereich auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	7
2.3	Welche Erstattung erfolgt bei Arzneimitteln?.....	7
2.4	Welche Heilmittel werden erstattet?	7
2.5	Wie ist die Erstattung von Hilfsmitteln geregelt?.....	7
2.6	Was sind die nächsten Schritte, wenn ein Hilfsmittel benötigt wird?	8
2.7	Welche Erstattung erfolgt für Hebammenleistungen?	9
2.8	Werden Aufwendungen für eine Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) erstattet?	9
2.9	Was versteht man unter einer Kryokonservierung und wird eine Kryokonservierung erstattet?.....	9
2.10	Wie ist die Erstattung von Vorsorgeleistungen geregelt?	9
2.11	Welche Vorsorgeuntersuchungen haben keine Auswirkung auf die Beitragsrückerstattung?	9
2.12	In welchem Rahmen werden Schutzimpfungen erstattet?	10
2.13	Haben Schutzimpfungen eine Auswirkung auf die Beitragsrückerstattung?.....	10
2.14	Wie erfolgt die Erstattung bei Sehhilfen?	10
2.15	Muss eine ärztliche Verordnung vorgelegt werden, damit die Sehhilfe erstattet wird?.....	10
2.16	Ist die Reparatur einer Brille versichert?	10
2.17	Wie erfolgt die Erstattung einer brechkraftverändernden OP (z.B. LASIK)?	11
2.18	Leistet der Tarif BeihilfeBest für Behandlungen beim Heilpraktiker?	11
2.19	Was sind Präventionskurse und unter welchen Voraussetzungen werden diese erstattet?	11
2.20	Woran erkennt man, ob ein Kurs zertifiziert und somit erstattungsfähig ist?	11
2.21	Wie läuft die Kostenerstattung von Präventionskursen ab?	12
2.22	Welche Erstattung erfolgt für eine ambulante Kur/Reha und welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?	12
2.23	Unter welchen Voraussetzungen werden Transportkosten erstattet?.....	12
2.24	Gibt es Beschränkungen hinsichtlich der Erstattung von Transportkosten?	12
2.25	Welche Erstattung gibt es für eine ambulante Anschlussheilbehandlung?.....	12
2.26	Wird eine Kur/Reha auch ohne unmittelbar vorausgehenden Klinikaufenthalt erstattet?	13

3	Stationäre Leistungen	14
3.1	Welche Leistungen sind bei einem Krankenhausaufenthalt üblicherweise versichert?.....	14
3.2	Sind Behandlungen in jedem Krankenhaus versichert?.....	14
3.3	Leisten wir im stationären Bereich auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	14
3.4	Was versteht man unter Rooming-in und wann wird diese Leistung übernommen?	14
3.5	In welchem Umfang sind stationäre Psychiatrie und Psychotherapie versichert?.....	15
3.6	Unter welcher Voraussetzung ist eine stationäre Kur versichert?	15
3.7	Werden die Kosten für eine stationäre Anschlussheilbehandlung erstattet?	15
3.8	Unter welchen Voraussetzungen werden Leistungen für ein Hospiz erstattet?.....	16
4	Zahnärztliche Leistungen	17
4.1	Welche zahnärztlichen Leistungen sind versichert?	17
4.2	Sind im zahnärztlichen Bereich auch Leistungen oberhalb der Höchstsätze der GOÄ/GOZ versichert?.....	17
4.3	Werden die Kosten für Implantate erstattet?	17
4.4	Gibt es eine Zahnstaffel?	17
4.5	Gibt es ein Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen?.....	18
4.6	Muss ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden?	18
4.7	Bis zu welcher Höhe werden zahnärztliche Leistungen erstattet?	18
4.8	Wie wirkt sich die professionelle Zahnreinigung (PZR) auf die Beitragsrückerstattung aus?.....	18
5	Regelung über die Kostenerstattung im Ausland	19
5.1	Wie ist die Kostenerstattung geregelt, wenn die versicherte Person mit Wohnsitz in Deutschland im Ausland behandelt wird?	19
5.2	Was passiert, wenn ich meinen Wohnsitz ins Ausland verlege?	19
5.3	Was passiert, wenn ich meinen Wohnsitz in ein Land außerhalb der EU/des EWR verlege?	20

1 Allgemeines zum Tarif BeihilfeBest

1.1 Welche Wartezeiten gibt es nach Abschluss der Versicherung?

Wenn das erste Mal eine private Krankenvollversicherung bei uns abgeschlossen wird, gibt es keine Wartezeiten. Bei einem Wechsel aus der gesetzlichen Krankenversicherung besteht dadurch ein lückenloser Versicherungsschutz.

In allen anderen Fällen gilt eine allgemeine Wartezeit von drei Monaten bzw. von acht Monaten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Bei Unfällen entfallen auch diese Wartezeiten.

1.2 Was versteht man unter Beitragsrückerstattung (BRE)?

Bei einer Beitragsrückerstattung zahlen wir einen Teil der Beiträge zurück. Eine Voraussetzung ist, dass für ein gesamtes Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Es ist also nicht das Rechnungsdatum entscheidend, sondern das Behandlungsdatum beim Arzt, das Bezugsdatum des Medikaments oder in welchem Zeitraum zum Beispiel die Krankengymnastik durchgeführt worden ist. Der Zeitpunkt des Einreichens der Rechnung bei uns spielt keine Rolle für die Beitragsrückerstattung.

Wichtig: Bestimmte Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen und professionelle Zahnreinigung haben keine Auswirkung auf die Auszahlung einer BRE: Auch wenn wir für diese Leistungen Kosten erstattet haben, ist eine BRE für das entsprechende Kalenderjahr möglich (siehe hierzu 2.10, 2.12, 4.7).

1.3 Wie hoch ist die Beitragsrückerstattung (BRE)?

Die BRE für das Jahr 2025 beträgt für Beamte bis zu 2,0 Monatsbeiträge, für Beamtenanwärter bis zu 6 Monatsbeiträge. Der gesetzliche Zuschlag in Höhe von 10 % des Beitrags wird bei Berechnung der BRE nicht berücksichtigt. Die BRE-Höhe wird jedes Jahr vom Vorstand festgelegt. Wir informieren unsere Kunden jährlich über die aktuell gültige Höhe und die Voraussetzungen für eine mögliche BRE.

1.4 Welche Besonderheiten gelten für Kinder und Jugendliche (Tarife, Altersgrenzen)?

Für Kinder (bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 16 Jahre alt werden) und Jugendliche (bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 21 Jahre alt werden) enthält der Beitrag für Kinder und Jugendliche keinen Sparanteil. Das heißt, erst ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person 21 Jahre alt wird, beginnt die Ansparung einer Alterungsrückstellung.

1.5 Was tun wir gegen steigende Beiträge im Alter?

Eigentlich müsste die Versicherung teurer werden, wenn man älter wird und mehr Leistungen in Anspruch nimmt. Damit das nicht passiert, sparen wir ab dem Alter 21 einen Teil der Beiträge unserer versicherten Beamten an. Dazu sind wir gesetzlich verpflichtet. Das angesparte Geld wird später eingesetzt, damit Beiträge nicht aufgrund des Älterwerdens steigen.

1.6 Was passiert, wenn die private Krankenversicherung für eine gewisse Zeit pausiert werden muss?

Für den Tarif BeihilfeBest kann eine sogenannte Anwartschaftsversicherung gewählt werden. Sie ermöglicht, dass der Versicherungsschutz im Tarif BeihilfeBest unter bestimmten Umständen pausiert werden kann. Der Beitrag reduziert sich dadurch in der Regel erheblich. Gleichzeitig besteht während dieser Pause (auch „Anwartschaft“ genannt) kein Anspruch auf Leistungen aus dem Tarif BeihilfeBest. Sobald die Voraussetzungen für die Anwartschaft nicht mehr bestehen, kann der Versicherungsschutz im Tarif BeihilfeBest wieder aktiviert werden – bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten; nähere Informationen hierzu sind in den Anwartschaftsbedingungen zu finden.

Der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung kann sinnvoll sein, um Zeiträume zu überbrücken, in denen der Versicherungsschutz nicht benötigt wird. Dies kann z.B. während der Berechtigung für die Freie Heilfürsorge (abhängig vom Beruf und Dienstherrn), bei längeren Auslandsaufenthalten oder bei einer vorübergehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall sein.

Zu unterscheiden sind die sogenannte „kleine“ und die „große“ Anwartschaft:

Infolge einer **kleinen Anwartschaft** wird bei Reaktivierung des ursprünglichen Tarifs der zu diesem Zeitpunkt gültige Neukundenbeitrag gemäß dem dann erreichten Alter fällig. Wurden in der Versicherungszeit vor der Anwartschaft Alterungsrückstellungen angespart, werden diese beitragsmindernd angerechnet. Der Beitrag für die kleine Anwartschaft beträgt ca. 5 % des Tarifbeitrags für den Tarif BeihilfeBest. (Im Rahmen der kleinen Anwartschaft gibt es keinen Sparprozess.)

Während der **großen Anwartschaft** wird ein Sparprozess gestartet bzw. fortgesetzt. Bei Reaktivierung des ursprünglichen Versicherungsschutzes wird der Beitrag fällig, der auch ohne Unterbrechung durch eine Anwartschaftsversicherung zu zahlen gewesen wäre. Daher ist der Beitrag für die große Anwartschaft in den meisten Fällen deutlich höher als der Beitrag für die kleine Anwartschaft.

1.7 Wie können Rechnungen zur Kostenerstattung digital eingereicht werden?

Am schnellsten geht die Übermittlung von Rechnungen digital mit der ARAG GesundheitsApp. Die App gibt es kostenlos für Apple- und Android-Geräte.

Jetzt herunterladen:



(für iOS)



(für Android)

1.8 Gibt es die Möglichkeit der Beitragsvorauszahlung?

Ja, Sie haben die Möglichkeit, Ihre Beiträge im Voraus zu zahlen. Bitten wenden Sie sich dazu direkt an uns.

1.9 Unterscheidet sich der Versicherungsschutz von Anwärtern und Beamten?

Der Versicherungsschutz ist für beide gleich. Einen Unterschied gibt es lediglich bei den Beiträgen. Denn die Beiträge für Beamtenanwärter sind günstiger, weil sie noch nicht für das Ansparen von Alterungsrückstellungen genutzt werden. Wir sprechen hier von „besonderen Bedingungen“ für alle Beamten im Vorbereitungsdienst (Beamtenanwärter/Beamte auf Widerruf).

Diese besonderen Bedingungen können für Personen ab Vollendung des 16. Lebensjahres bis Vollendung des 39. Lebensjahres für eine Versicherungsdauer von maximal 5 Jahren abgeschlossen werden. Sie entfallen mit Ablauf des Monats, in dem der Vorbereitungsdienst beendet wird, spätestens jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das 39. Lebensjahr vollendet wird oder die maximale Versicherungsdauer von fünf Jahren erreicht wird.

Wichtig: Die besonderen Bedingungen gelten auch für Lebens- und Ehepartner von Beamtenanwärtern, nicht jedoch für deren Kinder. Kinder werden stets im „normalen“ Beamtentarif versichert.

1.10 Mein Beihilfeanspruch ändert sich oder entfällt. Was muss ich beachten?

Sollte sich der Beihilfebemessungssatz ändern oder der Beihilfeanspruch wegfallen, können wir den Versicherungsschutz anpassen. Dazu brauchen wir einen entsprechenden Antrag in Textform. Erhalten wir diesen innerhalb von sechs Monaten, ändern wir den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Danach ist eine Erhöhung des Versicherungsschutzes nur mit Gesundheitsprüfung und mit Wartezeiten möglich. Wirksam wird die Anpassung zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. zum Zeitpunkt des Wegfalls des Beihilfeanspruchs.

1.11 Wie funktioniert die Kostenerstattung?

Reichen Sie Rechnungen bei uns und auch bei Ihrer Beihilfestelle ein. Sowohl von uns, als auch von der Beihilfe erhalten Sie dann eine Kostenerstattung. Wenn Sie bei uns neben dem Grundtarif BeihilfeBest noch weitere Beihilfe-Tarife abgeschlossen haben, benötigen wir auch noch den Beihilfe-Bescheid. Den bekommen Sie automatisch von Ihrer Beihilfestelle, nachdem Sie dort Rechnungen eingereicht haben. Mit Hilfe des Beihilfe-Bescheids prüfen wir die Kostenübernahme aus den anderen versicherten Tarifen.

1.12 Auf welcher Basis und nach welcher Systematik erstatten wir Leistungen in unseren Beihilfe-Tarifen?

Wir erstatten im tariflichen Umfang die Kosten für die medizinisch notwendige Behandlung von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Unfallfolgen. Außerdem leisten wir für die Behandlung in der Schwangerschaft einschließlich der Entbindung sowie für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten.

In unseren Beihilfetarifen gilt folgende Erstattungssystematik:

- **Tarif BeihilfeBest**
 - Unsere Erstattung erfolgt unabhängig davon, ob die Beihilfe ihren vollen Anteil leistet, teilweise leistet oder gar nicht leistet.
 - Wir erstatten – zum versicherten Prozentsatz – die Aufwendungen für Leistungen, die in der individuellen „Tarifbeschreibung“ (Teil III) der Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.
 - Wir erstatten außerdem – ebenfalls zum versicherten Prozentsatz – die Aufwendungen für Leistungen auf Basis der sog. „Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung“ (auch MB/KK 2009 oder Teil I genannt) sowie der „Tarifbedingungen“ (auch TB/KK 2019 oder Teil II genannt).
- **Tarif BeihilfeKlinik**
 - Unsere Erstattung erfolgt unabhängig davon, ob die Beihilfe ihren vollen Anteil leistet, teilweise leistet oder gar nicht leistet.
 - Wir erstatten – zum versicherten Prozentsatz – die Aufwendungen für stationäre Leistungen, die in der individuellen „Tarifbeschreibung“ (Teil III) der Versicherungsbedingungen aufgeführt sind. Mit „stationären Leistungen“ sind sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen gemeint.
 - Weitere Leistungen auf Basis der sog. „Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung“ (auch MB/KK 2009 oder Teil I genannt) sowie der „Tarifbedingungen“ (auch TB/KK 2019 oder Teil II genannt) übernehmen wir nicht.
 - Wir leisten aus Tarif BeihilfeKlinik generell nicht für stationäre Entwöhnungen.
- **Tarif BeihilfeEinbett**
 - Wir erstatten die Aufwendungen für stationäre Leistungen, die in der individuellen „Tarifbeschreibung“ (Teil III) der Versicherungsbedingungen aufgeführt sind. Mit „stationären Leistungen“ sind sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen gemeint.
 - Weitere Leistungen auf Basis der sog. „Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung“ (auch MB/KK 2009 oder Teil I genannt) sowie der „Tarifbedingungen“ (auch TB/KK 2019 oder Teil II genannt) übernehmen wir nicht.
 - Wir leisten aus Tarif BeihilfeEinbett generell nicht für stationäre Entwöhnungen.
- **Tarif BeihilfeErgänzungBest**
 - Unsere Erstattung erfolgt generell unabhängig davon, ob die Beihilfe teilweise leistet oder gar nicht leistet – bis auf einzelne, in der Tarifbeschreibung explizit genannte Ausnahmen, bei denen eine anteilige Leistung der Beihilfe Voraussetzung ist.
 - Voraussetzung für eine Leistung aus Tarif BeihilfeErgänzungBest ist eine Leistung aus Tarif BeihilfeBest oder Tarif BeihilfeKlinik.
 - Wir erstatten die verbleibenden Restkosten für die in der individuellen „Tarifbeschreibung“ (Teil III) der Versicherungsbedingungen genannten Aufwendungen.
 - Weitere Leistungen auf Basis der sog. „Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung“ (auch MB/KK 2009 oder Teil I genannt) sowie der „Tarifbedingungen“ (auch TB/KK 2019 oder Teil II genannt) übernehmen wir nicht.
 - Von der Beihilfe festgelegte Eigenbehalte (z.B. für Arzneimittel) sowie Kostendämpfungspauschalen übernehmen wir nicht.

2 Ambulante Leistungen

2.1 Kann direkt ein Facharzt aufgesucht werden?

Ja, auch bei Direktkonsultation eines Facharztes erfolgt die volle tarifliche Leistung. Eine Überweisung, zum Beispiel durch den Hausarzt, ist nicht notwendig.

2.2 Leisten wir im ambulanten Bereich auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?

Ja, wir leisten generell auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.
Voraussetzung für unsere Erstattung ist, dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

2.3 Welche Erstattung erfolgt bei Arzneimitteln?

Voraussetzung für unsere Erstattung ist, dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt und die Arzneimittel von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet wurden – unabhängig davon, ob die Medikamente verschreibungspflichtig sind oder nicht.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Arzneimitteln erfolgt zum versicherten Prozentsatz.
Darüber hinaus sind für Frauen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres auch Arzneimittel erstattungsfähig, die ausschließlich der hormonellen Verhütung einer Schwangerschaft dienen.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.
Erstattungsfähig sind 100 % der Restkosten für Arzneimittel, die nicht beihilfefähig sind.
Ausnahme: Nicht erstattungsfähig sind von der Beihilfe festgelegte Eigenbehalte (z.B. für Arzneimittel) sowie Kostendämpfungspauschalen. (Kostendämpfungspauschalen sind mit Zuzahlungen oder Rezeptgebühren in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar.)

2.4 Welche Heilmittel werden erstattet?

Voraussetzung für unsere Erstattung ist, dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

Zu den erstattungsfähigen Heilmitteln zählen z.B.:

- Inhalationen
- Krankengymnastik
- Massagen
- Hydrotherapie und Packungen
- Wärmebehandlung
- Elektrotherapie
- Lichttherapie und andere physikalische Behandlung
- Logopädie und Ergotherapie

Heilmittel werden durch einen Arzt verordnet. Die Leistungen werden von entsprechenden Angehörigen staatlich anerkannter Heilberufe erbracht. Das können Physiotherapeuten, Logopäden oder Ergotherapeuten sein.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Heilmitteln erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.
Erstattungsfähig sind 100 % der Restkosten für Heilmittel, die anteilig beihilfefähig sind.

2.5 Wie ist die Erstattung von Hilfsmitteln geregelt?

Voraussetzung für unsere Erstattung ist, dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

Wir erstatten zum versicherten Prozentsatz die Kosten für Hilfsmittel, wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um

- das Leben zu erhalten (z.B. Atemmonitor, Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik einschließlich Austausch der Sensoren),
- den Erfolg einer Behandlung zu sichern (z.B. Kompressionsstrümpfe), einer drohenden Behinderung vorzubeugen (z.B. Muskelstimulatoren)
- oder eine beeinträchtigte Körperregion zu ersetzen (z.B. Beinprothese) oder zu unterstützen (z.B. Hörgerät).

Das heißt: Wir erstatten nicht gemäß einer feststehenden Liste und der darin aufgezählten Hilfsmittel. Sondern es sind grundsätzlich alle Hilfsmittel versichert, sofern sie die genannten Voraussetzungen erfüllen. (Man spricht hier von einem „offenen Hilfsmittelkatalog“.)

Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z.B. Fieberthermometer, Wärmflasche) sind keine Hilfsmittel im Sinne der Bedingungen. Das gilt auch für das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (z.B. Einbau eines Treppenlifts).

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Hilfsmitteln erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Achtung: Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro können ohne unsere vorherige Genehmigung erworben werden. Für Hilfsmittel mit einem Wert ab 1.000 Euro empfehlen wir dringend, unsere vorherige Zusage einzuholen. Fehlt diese, erstatten wir nur 80 % der Kosten der versicherten Tarifstufe, die für eine funktionale Standardausführung angefallen wären. (Mit „funktionale Standardausführung“ ist eine normale Ausführung des Hilfsmittels in dem Sinne zu verstehen, dass die körperliche Behinderung angemessen und in üblicher Weise ausgeglichen bzw. gelindert wird.)

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind 100 % der Restkosten für Hilfsmittel, wenn diese **anteilig beihilfefähig** sind.

Keine Leistung erfolgt jedoch für ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro, sofern für dieses eine Kürzung der Leistung im Grundtarif aufgrund fehlender vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erfolgt ist.

Beispielhafte Szenarien:

Szenario 1: Beihilfefähiges Hilfsmittel und – sofern Bezugspreis über 1.000 Euro – unsere Zusage wurde vorab eingeholt:

- Beihilfe leistet in voller Höhe des Beihilfebemessungssatzes
- BeihilfeBest leistet zum versicherten Prozentsatz
- BeihilfeErgänzungBest leistet nicht, da die Kosten von Beihilfe und BeihilfeBest vollständig übernommen werden
→ Versicherter hat **keinen Eigenanteil**

Szenario 2: Nicht in voller Höhe beihilfefähiges Hilfsmittel und – sofern Bezugspreis über 1.000 Euro – unsere Zusage wurde vorab eingeholt:

- Beihilfe leistet anteilig
- BeihilfeBest leistet zum versicherten Prozentsatz
- BeihilfeErgänzungBest leistet 100 % der Beihilfelücke
→ Versicherter hat keinen Eigenanteil

Szenario 3: Nicht beihilfefähiges Hilfsmittel (z.B. aufgrund fehlender Vorabgenehmigung der Beihilfe) und – sofern Bezugspreis über 1.000 Euro – unsere Zusage wurde vorab eingeholt:

- Beihilfe leistet nicht
- BeihilfeBest leistet zum versicherten Prozentsatz
- BeihilfeErgänzungBest leistet nicht
→ Versicherter hat Eigenanteil in Höhe des vollen Beihilfeanteils!

Szenario 4: Nicht beihilfefähiges Hilfsmittel (z.B. aufgrund fehlender Vorabgenehmigung der Beihilfe) und – sofern Bezugspreis über 1.000 Euro – unsere Zusage wurde **nicht** vorab eingeholt:

- Beihilfe leistet nicht
- BeihilfeBest leistet 80 % der versicherten Tarifstufe und der Kosten, die für eine funktionale Standardausführung angefallen wären
- BeihilfeErgänzungBest leistet nicht
→ Versicherter hat Eigenanteil in Höhe des vollen Beihilfeanteils und der Leistungslücke im ARAG Tarif!

Achtung:

Um Szenario 3 und 4 zu verhindern, empfehlen wir dringend, im Vorfeld nicht nur bei uns, sondern auch bei der zuständigen Beihilfestelle eine Kostenzusage einzuholen. Denn die volle Erstattung aller beim Versicherten anfallenden Kosten (also ohne Eigenanteil) erfolgt nur, wenn das Hilfsmittel mindestens zum Teil beihilfefähig ist.

Warum ist das so? Bei der Hilfsmittelversorgung ist uns wichtig, Sie dabei zu unterstützen, das für Sie passende und geeignete Hilfsmittel zu bekommen. Gleichzeitig achten wir bei der Wahl der Ausführung auf das medizinisch notwendige Maß. Das ist im Sinne einer nachhaltigen Versorgung sowie in Bezug auf die Beitragsstabilität und Fairness gegenüber allen Versicherten sehr wichtig.

2.6 Was sind die nächsten Schritte, wenn ein Hilfsmittel benötigt wird?

Melden Sie sich am besten bei uns: Über Kooperationspartner können wir viele Hilfsmittel preiswerter beziehen. Die Kooperationspartner liefern die Hilfsmittel in der Regel direkt nach Hause und weisen Sie in die korrekte Benutzung des Hilfsmittels ein. Holen Sie für Hilfsmittel mit einem Wert ab 1.000 Euro unbedingt vor der Beschaffung unsere vorherige Zusage ein, um unsere volle Kostenerstattung sicherzustellen.

2.7 Welche Erstattung erfolgt für Hebammenleistungen?

Voraussetzung für unsere Erstattung ist, dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

Hebammenleistungen werden bei entsprechender Indikation erstattet. Abrechnungsgrundlage ist die jeweils gültige Gebührenordnung für Hebammen.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Hebammenleistungen erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Keine Leistung, der Tarif wird für diese Leistung nicht benötigt.

2.8 Werden Aufwendungen für eine Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) erstattet?

Wir übernehmen im Tarif BeihilfeBest die Aufwendungen für die medizinisch notwendigen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Eine Übersicht über die Voraussetzungen ist der Ziffer 2 g der Tarifbeschreibung des Tarifs BeihilfeBest, basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2019, zu entnehmen. Dort ist ebenfalls die maximale Anzahl der Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung geregelt.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für eine Kinderwunschbehandlung erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Keine Leistung, der Tarif wird für diese Leistung nicht benötigt.

2.9 Was versteht man unter einer Kryokonservierung und wird eine Kryokonservierung erstattet?

Müssen Sie sich aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen, tragen wir die Aufwendungen für eine Kryokonservierung (Einfrieren mittels Stickstoff) von Ei- oder Samenzellen sowie für die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen.

Für die Dauer der Kryokonservierung gelten die in den allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Kryokonservierung erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

2.10 Wie ist die Erstattung von Vorsorgeleistungen geregelt?

Wir erstatten über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus die Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge gegen Krankheiten und zu ihrer Früherkennung, wenn sie – auch hinsichtlich Ihres Alters und der Zeitintervalle – medizinisch sinnvoll und begründbar sind.

2.11 Welche Vorsorgeuntersuchungen haben keine Auswirkung auf die Beitragsrückerstattung?

Die im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen des Tarifs BeihilfeBest aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen werden ab dem 1. Euro erstattet. Außerdem haben diese Leistungen keine Auswirkung auf die Beitragsrückerstattung (BRE). Diese Regelung gilt ausschließlich für die im Verzeichnis aufgeführten Untersuchungen. Darüberhinausgehende Untersuchungen (z.B. zusätzliche Laborwerte) wirken sich jedoch auf die BRE aus.

Dies gilt für das Kalenderjahr 2023 für die BRE, Näheres hierzu unter 1.2.

Tipp: Sie möchten Ihren Anspruch auf die BRE nicht verlieren und es sind Ziffern auf Ihrer Rechnung, die nicht aus dem Vorsorgeverzeichnis ersichtlich sind? Teilen Sie uns bitte direkt bei der Einsendung der Belege mit, dass Sie nur Vorsorgeleistungen erstattet haben möchten.

2.12 In welchem Rahmen werden Schutzimpfungen erstattet?

Es werden alle Schutzimpfungen erstattet, auch Reiseimpfungen, wie z.B. gegen Gelbfieber.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Schutzimpfungen erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen zu 100 % der Restkosten, **unabhängig** davon, ob die Leistung **anteilig beihilfefähig** oder **nicht beihilfefähig** ist.

2.13 Haben Schutzimpfungen eine Auswirkung auf die Beitragsrückerstattung?

Die Aufwendungen für Schutzimpfungen (inkl. Reiseimpfungen) werden ab dem 1. Euro erstattet. Diese Leistungen haben keine Auswirkung auf die Beitragsrückerstattung.

Dies gilt für das Kalenderjahr 2023. Näheres hierzu unter 1.2.

2.14 Wie erfolgt die Erstattung bei Sehhilfen?

Unter Sehhilfen fallen Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Sehhilfen erfolgt zum versicherten Prozentsatz, bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro innerhalb von 24 Monaten.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen zu 100 % der Restkosten, bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro innerhalb von 24 Monaten – **unabhängig** davon, ob die Leistung **anteilig beihilfefähig** oder **nicht beihilfefähig** ist.

2.15 Muss eine ärztliche Verordnung vorgelegt werden, damit die Sehhilfe erstattet wird?

Nein, Sehhilfen sind auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig. Eine Sehschärfenbestimmung durch einen Optiker ist ausreichend.

Hinweis: Bei Erstattung einer Sonnenbrille muss die Tönung medizinisch notwendig sein, damit ein möglicher Leistungsanspruch entsteht. Die medizinische Notwendigkeit muss durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

2.16 Ist die Reparatur einer Brille versichert?

Wir leisten für die Reparatur einer Brille. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Sehhilfen erfolgt zum versicherten Prozentsatz, bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro innerhalb von 24 Monaten.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen zu 100 % der Restkosten, bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro innerhalb von 24 Monaten – unabhängig davon, ob die Leistung anteilig beihilfefähig oder nicht beihilfefähig ist.

2.17 Wie erfolgt die Erstattung einer brechkraftverändernden OP (z.B. LASIK)?

Ja, wir leisten für brechkraftverändernde Operationen.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen erfolgt zum versicherten Prozentsatz, bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 4.000 Euro innerhalb von 60 Monaten. Innerhalb der ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn sind die Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro begrenzt.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen zu 100 % der Restkosten, bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 4.000 Euro innerhalb von 60 Monaten – **unabhängig** davon, ob die Leistung **anteilig beihilfefähig** oder **nicht beihilfefähig** ist. Innerhalb der ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn sind die Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro begrenzt.

2.18 Leistet der Tarif BeihilfeBest für Behandlungen beim Heilpraktiker?

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Für Arznei-, Heil- und Verbandmittel, die vom Heilpraktiker verordnet werden, sowie für vom Heilpraktiker in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen leisten wir ebenso.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker zu 100 % der Restkosten, **unabhängig** davon, ob die Leistung **anteilig beihilfefähig** oder **nicht beihilfefähig** ist.

2.19 Was sind Präventionskurse und unter welchen Voraussetzungen werden diese erstattet?

Bei einem Präventionskurs handelt es sich um einen nach § 20 SGB V zertifizierten Kurs mit Fokus auf die vier Kernthemen der Prävention:

- Bewegung
- Ernährung
- Stress
- Suchtmittel

Voraussetzung für unsere Erstattung ist, dass der Kurs von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert (§ 20 SGB V) ist. Außerdem müssen Sie eine Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten nachweisen.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Präventionskurse erfolgt zum versicherten Prozentsatz, bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 200 Euro pro Kalenderjahr.

Hinweis: Präventionskurse gelten als Vorsorgeleistung, die keine Auswirkung auf BRE haben (siehe hierzu 2.11).

2.20 Woran erkennt man, ob ein Kurs zertifiziert und somit erstattungsfähig ist?

Die Kurse sollten entsprechend gekennzeichnet sein. Ist dies nicht der Fall, kann der jeweilige Kurstrainer darüber Auskunft geben, ob der Kurs zertifiziert und somit erstattungsfähig ist.

Ein Gesundheitskurs besteht meist aus acht bis zwölf aufeinanderfolgenden Einheiten, die über mehrere Wochen stattfinden.

Kurstitel, Kursumfang, Anbieter und Kursleitung müssen mit den Angaben der Zertifizierung übereinstimmen, damit die Kosten erstattet werden können.

2.21 Wie läuft die Kostenerstattung von Präventionskursen ab?

Jeder Besuch einer Kurseinheit wird vermerkt. Nach erfolgreicher Teilnahme erhalten die Teilnehmer eine entsprechende Bescheinigung. Diese muss für die Kostenerstattung bei uns eingereicht werden.

Folgende Informationen müssen aus dieser Teilnahmebescheinigung hervorgehen:

- Die Kurse müssen durch die Zentrale Prüfstelle Prävention geprüft sein (§ 20 SGB V). Zudem darf der dreijährige Gültigkeitszeitraum des Zertifikats nicht abgelaufen sein.
- Die Kurse müssen ein festes Anfangs- und Enddatum aufweisen
- Die Bescheinigung muss einen Hinweis enthalten, dass die Kursgebühr bereits durch die versicherte Person bezahlt wurde

2.22 Welche Erstattung erfolgt für eine ambulante Kur/Reha und welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Wir erstatten Aufwendungen für eine ambulante Kur/Reha. Der Kostenerstattung für die ambulante Kur bzw. Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es muss eine ärztliche Verordnung zugrunde liegen. Anspruch auf die Erstattung besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen von uns gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren. Hierbei wird ab Beginn der Kurbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme gerechnet.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für eine ambulante Kur/Reha erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Keine Leistung, der Tarif wird für diese Leistung nicht benötigt.

2.23 Unter welchen Voraussetzungen werden Transportkosten erstattet?

Es müssen medizinische Gründe vorliegen, die eine Fahrt im eigenen PKW oder die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel unmöglich machen. Es wird sowohl der Hin- als auch der Rückweg erstattet.

Beispiel:

Sie müssen zur Dialyse. Auf dem Hinweg geht es Ihnen so gut, dass Sie theoretisch fahrtüchtig sind. Nachdem die Dialyse durchgeführt wurde, sind Sie jedoch stark geschwächt. Dies macht die Fahrt im eigenen Auto sowie in einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht möglich. In diesem Falle wird sowohl der Hinweg als auch der Rückweg von uns erstattet.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Transportkosten erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Keine Leistung, der Tarif wird für diese Leistung nicht benötigt.

2.24 Gibt es Beschränkungen hinsichtlich der Erstattung von Transportkosten?

Wir erstatten die Transportkosten für Strecken bis zu 50 Kilometer zwischen Wohnung und Praxis, darüber hinaus für den Weg zum nächstgelegenen geeigneten Arzt (also einem Arzt mit geeigneter Fachrichtung).

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Transportkosten erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Keine Leistung, der Tarif wird für diese Leistung nicht benötigt.

2.25 Welche Erstattung gibt es für eine ambulante Anschlussheilbehandlung?

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine ganztägig ambulante oder stationäre medizinische Maßnahme zur Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt. Sie kommt bei bestimmten Erkrankungen oder Verletzungen in Betracht.

Wir leisten auch ohne vorherige Zusage für die ersten 21 Tage, wenn die AHB medizinisch notwendig ist und innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende der Krankenhausbehandlung beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die AHB aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann oder kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht. Letzteres muss uns spätestens

tens am letzten Tag der Frist mitgeteilt werden (je früher, desto besser). Wir helfen gerne bei der Suche nach einer passenden Klinik.

Dauert die AHB länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch uns. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.

Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie den gesetzlichen Rehabilitationsträgern oder Berufsgenossenschaften), sind diese Ansprüche vorrangig zu stellen.

Aufwendungen, die im Zuge einer ambulanten AHB entstehen, werden im tariflichen Rahmen erstattet. Dies bedeutet, dass

- die Aufwendungen für ärztliche Heilbehandlung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte erstattet werden,
- die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel erstattet werden,
- technische Leistungen wie Laboruntersuchungen oder Sonografie erstattet werden,
- verordnete Anwendungen wie Krankengymnastik oder Massagen als Heilmittel erstattet werden.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für ambulante AHB erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Keine Leistung, der Tarif wird für diese Leistung nicht benötigt.

2.26 Wird eine Kur/Reha auch ohne unmittelbar vorausgehenden Klinikaufenthalt erstattet?

Ja. Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit einer Kur bzw. Rehamaßnahme ist die medizinische Notwendigkeit und die ärztliche Verordnung der Maßnahme. Ein vorhergehender Klinikaufenthalt ist dagegen nicht notwendig. Anspruch auf die Erstattung besteht erstmals nach zwei Jahren. Werden Leistungen übernommen, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung beziehungsweise der Rehabilitationsmaßnahme.

Hinweis:

Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z.B. der gesetzlichen Rentenversicherung) sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für eine ambulante Kur/Reha erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Keine Leistung, der Tarif wird für diese Leistung nicht benötigt.

3 Stationäre Leistungen

3.1 Welche Leistungen sind bei einem Krankenhausaufenthalt üblicherweise versichert?

Das Krankenhaus berechnet drei Arten von Kosten:

- Regelleistung: allgemeine Krankenhausleistungen (dazu zählen die Krankenpflege und die Unterbringung)
- Wahlleistung: Zuschlag für Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer zusätzlich zur Regelleistung für Drei- oder Mehrbettzimmer
- Wahlleistung: Behandlung durch den Chef- bzw. Belegarzt statt Behandlung durch den allgemeinen Stationsarzt

Die folgenden Tarife decken die unterschiedlichen Kosten, sofern die Abrechnungen korrekt erstellt werden.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die weder nach der Bundespflegegesetzverordnung noch nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeKlinik:

Die Erstattung von Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen und für den Zuschlag für die Unterbringung im Zweibettzimmer erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeEinbett:

Die Erstattung von Aufwendungen für den Zuschlag für die Unterbringung im Einbettzimmer (= Differenzbetrag zwischen Zweibett- und Einbettzimmerzuschlag) erfolgt in voller Höhe.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die weder nach der Bundespflegegesetzverordnung noch nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, zu 100 % der Restkosten – **unabhängig** davon, ob die Leistung **anteilig beihilfefähig** oder **nicht beihilfefähig** ist.

Wird auf die Wahlleistungen Chef- bzw. Belegarzt verzichtet, zahlen wir ein sogenanntes Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT).

Tarif BeihilfeKlinik:

Das Ersatz-KHT beträgt bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und gleichzeitiger Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbaren belegärztlichen Leistungen (im Grundtarif BeihilfeBest) während des gesamten Krankenhausaufenthalts bis zu 50 Euro pro Tag, abhängig von der versicherten Tarifstufe.

Das Ersatz-KHT beträgt bei Nichtinanspruchnahme des Zweibettzimmers während des gesamten Krankenhausaufenthalts bis zu 30 Euro pro Tag, abhängig von der versicherten Tarifstufe.

Tarif BeihilfeEinbett:

Das Ersatz-KHT beträgt bei Nichtinanspruchnahme des Einbettzimmers während des gesamten Krankenhausaufenthalts 20 Euro pro Tag.

3.2 Sind Behandlungen in jedem Krankenhaus versichert?

Ja. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung haben Sie freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern.

3.3 Leisten wir im stationären Bereich auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?

Ja, wir leisten generell auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

3.4 Was versteht man unter Rooming-in und wann wird diese Leistung übernommen?

Als Rooming-in bezeichnet man die Mitaufnahme einer Begleitperson ins Krankenhaus. In den meisten Fällen wird ein Kind von einem Elternteil begleitet. Aber auch bei Erwachsenen kann sich die Notwendigkeit ergeben, z.B. bei einer an Demenz erkrankten Person.

Ist die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch notwendig, erstatten wir die entsprechenden Kosten unabhängig vom Alter der versicherten Person. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr gehen wir grundsätzlich von einer medizinischen Indikation aus.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Rooming-in erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Rooming-in zu 100 % der Restkosten – **unabhängig** davon, ob die Leistung **anteilig beihilfefähig** oder **nicht beihilfefähig** ist.

3.5 In welchem Umfang sind stationäre Psychiatrie und Psychotherapie versichert?

Kosten für stationäre Psychiatrie und Psychotherapie erstatten wir, wie bei allen anderen stationären Aufenthalten auch, in Höhe des versicherten Prozentsatzes. Voraussetzung ist auch hier die medizinische Notwendigkeit.

3.6 Unter welcher Voraussetzung ist eine stationäre Kur versichert?

Für eine stationäre Kur leisten wir, wenn diese medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist. Ein Anspruch entsteht frühestens nach zweijähriger Versicherungsdauer. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein erneuter Anspruch nach Ablauf von drei Jahren.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Krankenpflege, Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel, technische Leistungen wie z.B. Laboruntersuchungen sowie die Versorgung mit Heilmitteln wie z.B. Krankengymnastik für bis zu 28 Tage je Kur.

Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z.B. der gesetzlichen Rentenversicherung) sollten Sie vorrangig in Anspruch nehmen.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für stationäre Kuren erfolgt zum versicherten Prozentsatz, bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 300 Euro pro Tag.

3.7 Werden die Kosten für eine stationäre Anschlussheilbehandlung erstattet?

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine ganztägig ambulante oder stationäre medizinische Maßnahme zur Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt. Sie kommt bei bestimmten Erkrankungen oder Verletzungen in Betracht.

Wir leisten auch ohne vorherige Zusage für die ersten 21 Tage, wenn die AHB medizinisch notwendig ist und innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende der Krankenhausbehandlung beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die AHB aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann oder kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht. Letzteres muss uns spätestens am letzten Tag der Frist mitgeteilt werden (je früher, desto besser). Wir helfen gerne bei der Suche nach einer passenden Klinik.

Dauert die AHB länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch uns. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.

Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie den gesetzlichen Rehabilitationsträgern oder Berufsgenossenschaften), sind diese Ansprüche vorrangig zu stellen.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für stationäre AHB erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeKlinik:

Bei Vorliegen einer wirksamen Honorarvereinbarung oder gesonderter Berechnung des Zweibettzimmerzuschlags erfolgt die Erstattung von Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen und für den Zuschlag für die Unterbringung im Zweibettzimmer zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeEinbett:

Bei gesonderter Berechnung des Einbettzimmerzuschlags erfolgt die Erstattung von Aufwendungen für den Zuschlag für die Unterbringung im Einbettzimmer (= Differenzbetrag zwischen Zweibett- und Einbettzimmerzuschlag) in voller Höhe.

3.8 Unter welchen Voraussetzungen werden Leistungen für ein Hospiz erstattet?

Wir tragen die Aufwendungen für einen Hospizaufenthalt, wenn

- dieser ärztlich verordnet ist,
- bei Ihnen eine unheilbare Krankheit vorliegt, die innerhalb von Wochen oder wenigen Monaten zum Tode führen wird, und eine besonders aufwendige Versorgung (z.B. künstliche Ernährung oder Schmerztherapie) notwendig ist.

Rechnungsgrundlage sind mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgestimmte Vergütungsvereinbarungen. Sollte keine Vergütungsvereinbarung vorliegen, sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangt werden können.

Leistungen anderer Kostenträger, z.B. der Pflegeversicherung, werden angerechnet.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Hospizaufenthalte erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

4 Zahnärztliche Leistungen

4.1 Welche zahnärztlichen Leistungen sind versichert?

Im Allgemeinen können vier verschiedene Bereiche von zahnärztlichen Behandlungen unterschieden werden:

- Prophylaxe (z.B. professionelle Zahnreinigung)
- Zahnbehandlung (z.B. Füllungen und Inlays)
- Parodontosebehandlungen
- Zahnersatz (z.B. Brücken, Kronen, Onlays, Implantate, Prothesen)
- Kieferorthopädie (z.B. Zahnsperre)

Tarif BeihilfeBest:

- Prophylaxe wird zum versicherten Prozentsatz erstattet
- Zahnbehandlung wird zum versicherten Prozentsatz erstattet
- Zahnersatz wird zum versicherten Prozentsatz erstattet
- Kieferorthopädie wird zum versicherten Prozentsatz erstattet

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

- Prophylaxe:
Keine Leistung, der Tarif wird für diese Leistung nicht benötigt.
- Zahnbehandlung:
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung zu 100 % der Restkosten für Gebührenanteile über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ), die von der Beihilfe nur deshalb nicht übernommen wurden, weil die Höchstsätze der GOÄ bzw. GOZ überschritten wurden.
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zugehörige Material- und Laborkosten zu 100 % der Restkosten bei Zahnbehandlungen, die **anteilig beihilfefähig** sind.
- Zahnersatz:
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz (auch implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen) sowie zugehörige zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) zu 100 % der Restkosten – **unabhängig** davon, ob die Leistung **anteilig beihilfefähig** oder **nicht beihilfefähig** ist.
- Kieferorthopädie:
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zugehörige Material- und Laborkosten zu 100 % der Restkosten bei Kieferorthopädie, die **anteilig beihilfefähig** ist.

4.2 Sind im zahnärztlichen Bereich auch Leistungen oberhalb der Höchstsätze der GOÄ/GOZ versichert?

Ja, wir leisten generell auch über die Höchstsätze der GOÄ bzw. GOZ hinaus.

Voraussetzung für unsere Erstattung ist, dass eine zahnmedizinische Notwendigkeit vorliegt.

4.3 Werden die Kosten für Implantate erstattet?

Implantate zählen zur Zahnersatzversorgung und die Kosten für Implantate werden erstattet. Bezüglich der Anzahl der Implantate gibt es keine Begrenzung. Entscheidend ist die zahnmedizinische Notwendigkeit.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für Implantate erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Implantate zu 100 % der Restkosten – **unabhängig** davon, ob die Leistung **anteilig beihilfefähig** oder **nicht beihilfefähig** ist.

4.4 Gibt es eine Zahnstaffel?

Nein. Die Tariflinie BeihilfeBest sieht keine Zahnstaffel vor. Es gibt also keine Leistungsbegrenzung, die davon abhängt, wie lange man schon versichert ist.

4.5 Gibt es ein Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen?

Bei einem Verzeichnis für Material- und Laborkosten handelt es sich um eine Auflistung von zahntechnischen Leistungen, in der für bestimmte (Teil-)Arbeitsschritte oder Materialien erstattungsfähige Höchstbeträge vorgeschrieben werden. Für unsere Erstattung spielt so ein Verzeichnis aber keine Rolle.

4.6 Muss ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden?

Nein, es muss kein Heil- und Kostenplan eingereicht werden. Bei größeren Maßnahmen empfiehlt sich jedoch eine vorherige Vorlage des Plans. Wir prüfen ihn und geben über die zu erwartende Leistung Auskunft.

4.7 Bis zu welcher Höhe werden zahnärztliche Leistungen erstattet?

Generell gibt es keine Höchstgrenzen für die zahnärztlichen Leistungen und es wird zudem auch über die Höchstsätze (über 3,5-facher Satz) der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hinaus geleistet.

Hinweis:

Das Honorar des Zahnarztes ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) geregelt. Den einzelnen Leistungen ist jeweils ein bestimmter Euro-Betrag zugeordnet.

Man unterscheidet verschiedene Steigerungsfaktoren, die je nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand der Behandlung variieren.

- Regelsatz (1-fach bis 2,3-fach): durchschnittlicher Schwierigkeitsgrad
- Regelsatz bis Höchstsatz (2,3-fach bis 3,5-fach): erhöhte Schwierigkeit oder erhöhter Zeitaufwand. Der Zahnarzt hat in diesem Fall eine individuelle, patientenbezogene Begründung bei der Rechnungsstellung anzugeben.
- Überschreitung des Höchstsatzes (über 3,5-fach): erhebliche Schwere. Eine rechtsgültige Honorarvereinbarung zwischen der versicherten Person und dem Zahnarzt muss vorgelegt werden.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen erfolgt zum versicherten Prozentsatz (auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus).

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen zu 100 % der Restkosten für Gebührenanteile über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ), die von der Beihilfe nur deshalb nicht übernommen wurden, weil die Höchstsätze der GOÄ bzw. GOZ überschritten wurden.

4.8 Wie wirkt sich die professionelle Zahnreinigung (PZR) auf die Beitragsrückerstattung aus?

Kostenerstattungen für eine PZR wirken sich nicht auf den Anspruch auf die Beitragsrückerstattung aus. Dies gilt im Jahr 2023. Näheres hierzu unter 1.3

Wichtig ist dabei, dass es sich ausschließlich um zahnprophylaktische Leistungen handelt. (Dies ist in der Regel der Fall bei Abrechnung der GOZ-Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 1030 und 1040.) Zur Prophylaxe reichen in der Regel zwei PZR-Behandlungen im Jahr aus. Soweit die Leistung häufiger in Anspruch genommen wird, handelt es sich nicht mehr um Prophylaxe, sondern um eine Behandlung, die auf die Beitragsrückerstattung angerechnet wird.

5 Regelung über die Kostenerstattung im Ausland

5.1 Wie ist die Kostenerstattung geregelt, wenn die versicherte Person mit Wohnsitz in Deutschland im Ausland behandelt wird?

Für ärztliche Behandlungen im Ausland besteht Versicherungsschutz im vollen tariflichen Umfang. Bei der Leistung im Ausland wird ein ortsübliches, d. h. im jeweiligen Reiseland übliches Honorar, akzeptiert.

Heilbehandlungen innerhalb Europas sind grundsätzlich versichert.

Bei Reisen ins außereuropäische Ausland besteht Versicherungsschutz für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt (für die ersten drei Monate).

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für ärztliche Behandlung im Ausland erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeKlinik:

Die Erstattung von Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen und für den Zuschlag für die Unterbringung im Zweibettzimmer im Ausland erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeEinbett:

Die Erstattung von Aufwendungen für den Zuschlag für die Unterbringung im Einbettzimmer (= Differenzbetrag zwischen Zweibett- und Einbettzimmerzuschlag) im Ausland erfolgt in voller Höhe.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Behandlung im Ausland zu 100 % der Restkosten.

5.2 Was passiert, wenn ich meinen Wohnsitz ins Ausland verlege?

Ziehen Sie in einen anderen EU-Mitgliedsstaat oder in einen Staat des Europäischen Wirtschaftsraums – außer den EU-Mitgliedsstaaten zählen hierzu Island, das Fürstentum Liechtenstein und Norwegen –, so kann der Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung fortgesetzt werden. Wichtig ist, dass Sie uns die Änderung des gewöhnlichen Aufenthalts unverzüglich, jedenfalls aber vor der Verlegung, mitteilen.

Im Gegenzug werden Kosten in Höhe des ortsüblichen Honorars übernommen, höchstens jedoch bis zu der Höhe, wie sie bei entsprechender Inanspruchnahme von Leistungen in Deutschland angefallen wären. Die Leistungen sind somit auf das Kosten-niveau in Deutschland begrenzt. Allerdings kann das deutsche Gesundheitssystem als eines der teuersten und aufwendigsten innerhalb der EU angesehen werden, wodurch das deutsche Kostenniveau in den meisten Fällen oberhalb des ortsüblichen Honorars ist.

Eine eventuell anfallende ausländische Versicherungssteuer zahlen Sie selbst. Ein zusätzlicher Auslandszuschlag wird nicht erhoben.

Tarif BeihilfeBest:

Die Erstattung von Aufwendungen für ärztliche Behandlung im Ausland erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeKlinik:

Die Erstattung von Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen und für den Zuschlag für die Unterbringung im Zweibettzimmer im Ausland erfolgt zum versicherten Prozentsatz.

Tarif BeihilfeEinbett:

Die Erstattung von Aufwendungen für den Zuschlag für die Unterbringung im Einbettzimmer (= Differenzbetrag zwischen Zweibett- und Einbettzimmerzuschlag) im Ausland erfolgt in voller Höhe.

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

Voraussetzung ist eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif BeihilfeBest.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Behandlung im Ausland zu 100 % der Restkosten.

5.3 Was passiert, wenn ich meinen Wohnsitz in ein Land außerhalb der EU/des EWR verlege?

Verlegen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nicht nur vorübergehend in ein Land außerhalb der EU/des EWR, so kann die Versicherung leider nicht weiter bestehen, es sei denn, **sie wird aufgrund einer anderweiten Vereinbarung fortgesetzt**. Wichtig ist, dass Sie uns die Änderung des gewöhnlichen Aufenthalts unverzüglich, jedenfalls aber vor der Verlegung, mitteilen. Wir prüfen dann gerne die Möglichkeit einer Anwartschaftsversicherung.

Eine eventuell anfallende ausländische Versicherungssteuer zahlen Sie selbst.

Maßgeblich sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), bestehend aus Teil I (MB/KK 2009 – Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung), Teil II (TB/KK 2019 – Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibung Tarif MedBest) in der jeweils geltenden Fassung.

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München