

## Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte

### EXCELLENT-B

Tarifstufen 711 – 719 für ambulante Heilbehandlung

Tarifstufen 751 – 758, 799 für stationäre Heilbehandlung

Tarifstufen 970 – 979 für Wahlleistung Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung

Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734) für Wahlleistung Einbettzimmer

Tarifstufen 781 – 789 für zahnärztliche Behandlung

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB 2013)  
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung  
Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN**

#### Inhaltsverzeichnis

- A. Abschlussfähigkeit
- B. Leistungen des Versicherers
  - 1. Tarif für ambulante Heilbehandlung
  - 2. Tarife für stationäre Heilbehandlung, Entbindung
  - 3. Tarif für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
  - 4. Leistungen im Ausland
- C. Barausschüttung
- D. Leistungen des Versicherungsnehmers
- E. Leistungsanpassung
- F. Weiterversicherung bei Änderung des Beihilfeanspruchs
- G. Versicherungsdauer in der Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734)

## A. Abschlussfähigkeit

1. Aufnahme- und versicherungsfähig im Tarif EXCELLENT-B sowie der Aufbaustufe Tarif PLUS sind sowohl aktive als auch pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen sowie Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls nach diesem Tarif versichert werden. Die Aufbaustufe Tarif PLUS kann nur zusammen mit einem Tarif, der für die stationären Wahlleistungen Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung leistet, abgeschlossen werden.

2. Die Tarife für zahnärztliche Behandlung sind Personen vorbehalten, für die beim Versicherer gleichzeitig Versicherungsschutz nach einem Tarif für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht oder mitbeantragt wird.

3. Die Tarife 711-719, 751-758, 799 und 781-789 sind mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen kalkuliert und nicht kombinierbar mit Tarifen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung mit geschlechtsabhängigen Beiträgen.

4. Die Tarifstufen 719, 799, 789 sowie 979 sind beihilfeberechtigten Personen vorbehalten, deren Beihilfebemessungssatz nach den Beihilfevorschriften des Bundes oder nach im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften 50 % beträgt und mit Eintritt des Versorgungsfalls auf 70 % ansteigt. Die Tarifstufe 719 kann nur zusammen mit Tarifstufe 716, die Tarifstufe 799 nur mit Tarifstufe 756, die Tarifstufe 789 nur mit Tarifstufe 786 und die Tarifstufe 979 nur mit Tarifstufe 976 abgeschlossen und aufrechterhalten werden.

Der prozentuale Erstattungssatz der Tarifstufen 716 und 719, der Tarifstufen 756 und 799, der Tarifstufen 786 und 789 sowie der Tarifstufen 976 und 979 beläuft sich bis zum Eintritt des Versorgungsfalls, längstens jedoch bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres, jeweils auf insgesamt 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Mit dem Eintritt des Versorgungsfalls und Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % entfallen die Tarifstufen 719, 799, 789 bzw. 979. Die Tarifstufen 716, 756, 786 bzw. 976 mit dem erstattungsfähigen Prozentsatz von 30 % bleiben bestehen.

Wird mit dem Eintritt des Versorgungsfalls bzw. der Vollendung des 67. Lebensjahres weiterhin ein die Beihilfe ergänzender Versicherungsschutz von 50 % benötigt, ist ein Wechsel

- von den Tarifstufen 716 und 719 in die Tarifstufe 712
- von den Tarifstufen 756 und 799 in die Tarifstufe 752
- von den Tarifstufen 786 und 789 in die Tarifstufe 782 bzw.
- von den Tarifstufen 976 und 979 in die Tarifstufe 972

vorzunehmen. Die erworbenen Rechte werden angerechnet. Es findet keine erneute Gesundheitsprüfung statt. Mit dem Wechsel ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

## B. Leistungen des Versicherers

### 1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 **Erstattungsfähig** sind die Kosten für

- **ärztliche Leistungen**

soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1)

**und**

**ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel**

- Als **Arzneimittel** gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten **nicht** Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer, auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.

- **psychotherapeutische Behandlung**

soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1).

- Leistungen **durch Hebammen und Entbindungspfleger**

soweit sie zu den in Deutschland ortsüblichen Preisen berechnet werden.

- **Heilpraktikerbehandlung**

- Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
- Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel. Als solche gelten nicht die oben unter Arznei- und Verbandmittel ausgeschlossenen Arzneimittel.

- **ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege**

Häusliche Behandlungspflege (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) stellt eine ärztliche Tätigkeit dar, die regelmäßig von einem Arzt an Pflegefachkräfte delegiert wird. Diese dient dazu, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhindern und Beschwerden zu lindern.

- **logopädische Behandlung**

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.

- **Heilmittel**  
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.  
Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der Ergotherapie und der physikalischen Medizin.  
Die in der GOÄ genannten physikalisch-medizinischen Leistungen zählen in jedem Fall zu den erstattungsfähigen Behandlungen.
  - **Hilfsmittel** (ohne Sehhilfen)  
Erstattungsfähig sind die Kosten für beihilfefähige Hilfsmittel.  
Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich.
  - **Sehhilfen** (Brillen, Kontaktlinsen)
    - Brillengläser, Kontaktlinsen
    - Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 EUR je Fassung
  - **Transporte** zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt.
  - **gezielte Vorsorgeuntersuchung**  
Zu den gezielten Vorsorgeuntersuchungen zählen auch die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 - 29 GOÄ berechnet werden.
  - **gezielte Impfungen**  
Hierzu zählen auch die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen (s. Anhang, Ziff. 2).
  - **ambulante Entbindung oder Hausentbindung**
    - ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen.
    - Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger.
  - **Röntgendiagnostik und Strahlentherapie**
    - Durchleuchtungen und Aufnahmen, Röntgen- und Radiumbehandlungen sowie Anwendung radioaktiver Elemente.
- 1.2 Nicht erstattungsfähig sind die anlässlich von ambulanten Kuren (und Entziehungskuren) entstehenden Kosten, auch wenn sie von einem Heilbehandler angeordnet sind.
- 1.3 Erstattet werden bei ambulanter Heilbehandlung die erstattungsfähigen Kosten in

| Tarifstufe | 711  | 712  | 713  | 714  | 715  | 716  | 717  | 718  | 719  |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| mit        | 70 % | 50 % | 45 % | 40 % | 35 % | 30 % | 25 % | 20 % | 20 % |

## 2. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

### 2.1 Tarifstufen 751 – 758, 799 (stationäre Regelleistungen)

**Erstattungsfähig** sind bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus die Kosten für

- **Regelleistungen** (§ 4 Teil II Ziff. 7 a AVB 2013) **im Krankenhaus** (§ 4 Teil I Ziff. 4 AVB 2013)
  - Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung
  - belegärztliche Leistung, soweit sie im Rahmen der GOÄ abgerechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1)
- **Transporte** zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit medizinisch notwendig

in

| Tarifstufe | 751  | 752  | 753  | 754  | 755  | 756  | 757  | 758  | 799  |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| mit        | 70 % | 50 % | 45 % | 40 % | 35 % | 30 % | 25 % | 20 % | 20 % |

### 2.2 Tarifstufen 970 – 979 (stationäre Wahlleistungen)

**Erstattungsfähig** sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für folgende Leistungen:

- **Wahlleistungen im Krankenhaus**
  - Unterbringung im Zweibettzimmer
  - privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1).

in

| Tarifstufe | 970   | 971  | 972  | 973  | 974  | 975  | 976  | 977  | 978  | 979  |
|------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| mit        | 100 % | 70 % | 50 % | 45 % | 40 % | 35 % | 30 % | 25 % | 20 % | 20 % |

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung und / oder der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld wie folgt:

| In Tarifstufe   | 970   | 971   | 972   | 973   | 974   | 975   | 976  | 977  | 978  | 979  |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|------|
| bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung, für Erwachsene in EUR  | 20,00 | 14,00 | 10,00 | 9,00  | 8,00  | 7,00  | 6,00 | 5,00 | 4,00 | 4,00 |
| wie vor, für Kinder in EUR  | 10,00 | 7,00  | 5,00  | 4,50  | 4,00  | 3,50  | 3,00 | 2,50 | 2,00 | 2,00 |
| bei Verzicht auf Wahlleistung Zweibettzimmer, für Erwachsene in EUR | 30,00 | 21,00 | 15,00 | 13,50 | 12,00 | 10,50 | 9,00 | 7,50 | 6,00 | 6,00 |
| wie vor, für Kinder in EUR  | 15,00 | 10,50 | 7,50  | 6,75  | 6,00  | 5,25  | 4,50 | 3,75 | 3,00 | 3,00 |

### 2.3 Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734)

- Erstattungsfähig nach Tarif PLUS sind zu 100 % die nicht beihilfefähigen Mehraufwendungen für die Unterkunft im **Einbettzimmer** (Differenz zwischen den Zuschlägen für die Unterkunft Einbett- und Zweibettzimmer).
- Wird die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, erhält die erwachsene versicherte Person bei vollstationärer Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR, Kinder erhalten 12,50 EUR.

## 3. Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie

### 3.1 Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **zahnärztliche Leistungen**, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten, und **zahntechnische Laborarbeiten und Materialien**, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet, bei
  - **Zahnbehandlung**  
Hierunter fallen auch die Maßnahmen zur Verhütung und die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die Versorgung mit Inlays, sowie die damit in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
  - **prophylaktischen Leistungen**
  - **Zahnersatz**  
Hierzu zählen: Versorgung mit Prothesen, Stützähnen, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Onlays, Implantaten, sowie die damit in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen; Reparaturen.
  - **Kieferorthopädie**

### 3.2 Erstattet werden bei zahnärztlicher Behandlung in

| Tarifstufe   | 781                          | 782      | 783    | 784    | 785    | 786    | 787    | 788    | 789    |
|--|------------------------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| die erstattungsfähigen Kosten mit  | 70 %                         | 50 %     | 45 %   | 40 %   | 35 %   | 30 %   | 25 %   | 20 %   | 20 %   |
| bis zu einem Höchsterstattungsbetrag im 1. und 2. Versicherungsjahr von je EUR | 1.470,00                     | 1.050,00 | 945,00 | 840,00 | 735,00 | 630,00 | 525,00 | 420,00 | 420,00 |
| ab dem 3. Versicherungsjahr  | ohne Höchsterstattungsbetrag |          |        |        |        |        |        |        |        |

Der Höchsterstattungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Versicherungsbeginn (§ 13 II Ziff. 1 AVB) im 2. Quartal des Kalenderjahres auf 75 %, im 3. Quartal auf 50 %, im 4. Quartal auf 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchsterstattungsbetrag nicht.

Für unfallbedingte Kosten sind die Leistungen in den ersten beiden Versicherungsjahren nicht durch Höchsterstattungsbeträge beschränkt.

3.3 Bei Tarifwechsel werden Leistungen nach dem bisherigen Tarif für das laufende Versicherungsjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

3.4 Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur **vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans** durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt nach Einreichung des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer in Höhe des Prozentsatzes der jeweils versicherten Tarifstufe.

#### 4. Leistungen im Ausland

Unter Beachtung der allgemeinen Regelungen zum Versicherungsschutz im Ausland (siehe AVB 2013) gilt:

Die tariflichen Leistungen sind mit den je Tarifstufe festgelegten Erstattungsprozentsätzen auch im Ausland in Höhe der **dort ortsüblichen** Kosten erstattungsfähig. Deutsche Gebührenordnungen finden insoweit keine Anwendung.

#### C. Barausschüttung

Es gelten die Bestimmungen des § 8 Teil II Ziff. 3 AVB 2013.

#### D. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

#### E. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung in den Tarifen EXCELLENT-B und Tarif PLUS gemäß § 8 b Teil I Ziff. bzw. § 8 b Teil II AVB 2013 auch betragsmäßig festgelegte Höchsterstattungsbeträge und zusätzliche ersatzweise Krankenhaustagegelder mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

#### F. Weiterversicherung bei Änderung des Beihilfeanspruchs

Der Versicherungsnehmer hat bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes oder Fortfall des Beihilfeanspruchs einer versicherten Person im Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes das Recht, unter Zugrundelegung des dann erreichten Lebensalters die Weiterversicherung in anderen Krankheitskostentarifen, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

Anspruch auf die höheren Leistungen besteht dann – auch für laufende Versicherungsfälle – ohne Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten, wenn die Anpassung innerhalb von 6 Monaten nach Minderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs beantragt wird. Die Änderung wird zum Beginn des Monats wirksam, in dem diese eingetreten ist.

Wird der Antrag nicht innerhalb des Zeitrahmens von 6 Monaten gestellt, erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum Ersten des Monats, der auf die Antragstellung folgt. Ist der beantragte Versicherungsschutz dann höher als der bisherige, wird der Versicherer insoweit eine Gesundheitsprüfung durchführen und ggf. einen Beitragszuschlag oder einen Leistungsausschluss verlangen.

Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) aus dem bisherigen Versicherungsvertrag werden entsprechend übernommen.

#### G. Versicherungsdauer in der Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734)

Die Versicherung in der Aufbaustufe Tarif PLUS endet, wenn die stationären Wahlleistungen Zweibettzimmer und privatärztliche Leistungen entfallen.

---

### Anhang

1. **Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.  
**Höchstsatz der GOZ bzw. der GOP** ist derzeit der 3,5-fache Satz.
2. Von der Ständigen Impfkommission empfohlene **Schutzimpfungen** sind zurzeit u. a. diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.