PBeaKK
Gesund versichert.

Unsere Leistungen auf einen Blick
Mitgliedergruppen B1, B2, B3, C und E (B)

Mit den Leistungen aus unserer Grundversicherung und den Beihilfen nach der Bundesbeihilfeverordnung bieten wir Ihnen und Ihren mitversicherten Angehörigen einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Dabei erstatten wir für unsere Mitgliedergruppe B1 Kassenleistungen in Höhe des Prozentsatzes, der Ihren Beihilfebemessungssatz beziehungsweise den Ihrer mitversicherten Angehörigen auf 100 Prozent ergänzt. Unsere Leistungen decken zusammen mit den Beihilfen Ihre Aufwendungen bis zu den nachstehend genannten Höchstgrenzen ab.

Falls Sie in den Mitgliedergruppen B 2, B 3, C und E (B) versichert sind, beachten Sie bitte folgenden Hinweis: Die nachstehenden Ausführungen gelten für Sie mit der Einschränkung, dass wir Ihnen nicht prozentual Kassen- und Beihilfeleistungen zahlen, sondern zu 100 Prozent Kassenleistungen.

Unsere Leistungen

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	Wir erstatten Ihnen Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu folgenden Sätzen: ▪ persönliche Leistungen bis zum 1,9-fachen Satz der GOÄ, ▪ medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,5-fachen Satz der GOÄ sowie ▪ Laborleistungen bis zum 1,15-fachen Satz der GOÄ. In besonders begründeten Fällen übernehmen wir für persönliche Leistungen den 3,5-fachen Satz, für medizinisch-technische Leistungen den 2,5-fachen Satz und für Laborleistungen den 1,3-fachen Satz der GOÄ. Nähere Informationen erhalten Sie in unserer Broschüre „Ärztliche Leistungen“.
Arznei- und Verbandmittel	Grundsätzlich sind **verschreibungspflichtige Arzneimittel** erstattungsfähig. **Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel** erstatten wir Ihnen, soweit diese bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen als Therapiestandard gelten und eine entsprechende Diagnose vorliegt. Arzneimittel mit einem **Festbetrag** erstatten wir Ihnen bis zur Höhe des Festbetrages. Arzneimittel die zur Erhöhung der Lebensqualität dienen (sogenannte „Lifestyle-Arzneimittel“), sind nicht erstattungsfähig. Hierzu zählen beispielsweise Arzneimittel zur Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung oder zur Regulierung des Körpergewichts. Bis Sie Ihre **Belastungsgrenze** erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 Prozent Ihrer Kosten. Dies sind mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro – jedoch niemals mehr als Ihre tatsächlichen Kosten. Nähere Informationen erhalten Sie in unserer Broschüre „Arzneimittel“.

F1XL_20220809

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Behandlung im Ausland	Grundsätzlich können Sie ärztliche ambulante und stationäre Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern in allen EU-Mitgliedsstaaten ohne Kostenvergleich in Anspruch nehmen. Für andere Länder gilt die Begrenzung notwendiger Kosten auf vergleichbare Inlandsleistungen. Wir empfehlen Ihnen den Abschluss unserer Auslandsreisekrankenversicherung (AKV-Stufe), die für akut eintretende Krankheiten und Unfallfolgen weltweit eintritt.
Besondere und umfangreiche Behandlungen	Sollten Sie umfangreiche oder wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungen planen, kontaktieren Sie vor Behandlungsbeginn unsere Kundenberatung. Beispiele für solche Behandlungen sind: umfangreiche Zahnersatzversorgungen, Vorschlag einer „Honorarvereinbarung“ zu erhöhten Steigerungssätzen oder kosmetische Operationen.
Fahrtkosten Fahrten bei Rehabilitation siehe „stationäre Rehabilitation“	Um Ihre Fahrkosten zu erstatten, benötigen wir grundsätzlich **für jede einzelne Fahrt eine ärztliche Verordnung**. Ausnahme: Bei Rettungstransporten ist keine Verordnung erforderlich. Bitte beachten Sie: Sämtliche Fahrten müssen aufgrund einer Krankheit beziehungsweise aus medizinischen Gründen notwendig sein. Bitte weisen Sie Ihren medizinischen Grund mit einer ärztlichen Verordnung nach. Fahrtkosten im Zusammenhang mit **stationären Krankenbehandlungen**, vor- oder nachstationären Behandlungen, ambulanten Operationen oder anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus übernehmen wir bis zum nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsort. **Fahrten zu ambulanten Krankenbehandlungen** erkennen wir in Ausnahmefällen an. Sind die oben genannten Voraussetzungen gegeben, erstatten wir Ihnen: ▪ Fahrten mit dem privaten PKW: 0,20 Euro je km (höchstens jedoch insgesamt 130 Euro für die Hin- und Rückfahrt) ▪ Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln: die Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel ▪ Fahrten mit Taxi oder Mietwagen: bei zwingenden medizinischen Gründen die notwendigen Kosten. Für diese Gründe benötigen wir eine ärztliche Bestätigung. ▪ Rettungsfahrten und Krankentransporte: die nach dem jeweiligen Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge Bis Sie Ihre **Belastungsgrenze** erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 Prozent Ihrer Kosten. Dies sind mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro – jedoch niemals mehr als Ihre tatsächlichen Kosten.

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Familien- und Haushaltshilfe	Leistungen für eine Familien- und Haushaltshilfe beantragen Sie bitte – unter Vorlage Ihrer Belege – mit einem Leistungsantrag bei uns. Für eine Familien- und Haushaltshilfe erstatten wir Ihnen maximal 11 Euro pro Stunde und maximal 8 Stunden pro Tag – das heißt bis zu 88 Euro täglich. Zusätzlich übernehmen wir die entstandenen Fahrtkosten der Familien- und Haushaltshilfe. Übernehmen **nahe Angehörige** wie Ihr Ehepartner, Ihr eingetragener Lebenspartner, Ihre Eltern oder Ihre Kinder die Aufgaben einer Familien- und Haushaltshilfe, erstatten wir Ihre Aufwendungen für entstandene Fahrtkosten und gegebenenfalls ausgefallene Arbeitseinkünfte. Bis Sie Ihre **Belastungsgrenze** erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt je Kalendertag 10 Prozent Ihrer Kosten. Dies sind mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro – jedoch niemals mehr als Ihre tatsächlichen Kosten.
Häusliche Krankenpflege	Für häusliche Krankenpflege übernehmen wir Ihre notwendigen Kosten bis zur Höhe der ortsüblichen Sätze der öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger. Die Dauer der häuslichen Krankenpflege ist grundsätzlich auf 4 Wochen beschränkt. Für einen längeren Zeitraum benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung. Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Dies sind 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage im Kalenderjahr und 10 Euro je Verordnung.
Heilmittel beispielsweise Massagen, Krankengymnastik oder Sprachtherapie	Aufwendungen für Heilmittel erkennen wir an, wenn: ▪ eine ärztliche Verordnung vorliegt, ▪ das jeweilige Heilmittel in der Bundesbeihilfeverordnung genannt wird und ▪ die Behandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer erfolgt. Die angemessenen Beträge richten sich nach der Anlage 9 der Bundesbeihilfeverordnung. Dieses Verzeichnis erhalten Sie von uns auf Wunsch.
Heilpraktiker	Wir können medizinisch notwendige Leistungen nach der Anlage 2 zur Bundesbeihilfeverordnung in Höhe von 90 Prozent der dort genannten Beträge übernehmen.
Hilfsmittel allgemein beispielsweise Rollator, Perücke oder Badelifter	Wir erstatten Ihnen grundsätzlich Hilfsmittel, die Ihnen ärztlich verordnet wurden – also Hilfsmittel, die medizinisch notwendig und wirtschaftlich angemessen sind. Für Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind und mehr als 150 Euro kosten, benötigen Sie vor der Anschaffung unsere Genehmigung. Senden Sie uns hierzu Ihre ärztliche Verordnung zu. Wichtiger Hinweis: Falls Sie das Hilfsmittel ohne vorherige Genehmigung selbst beschaffen, können Ihnen Selbstbehalte entstehen. Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 Prozent Ihrer Kosten. Dies sind mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro – jedoch niemals mehr als Ihre tatsächlichen Kosten. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt Ihre Zuzahlung 10 Prozent der Kosten, jedoch höchstens 10 Euro für Ihren Monatsbedarf.

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Brillengläser und Kontaktlinsen	Leistungen für Brillengläser und Kontaktlinsen beantragen Sie bitte mit einem Leistungsantrag bei uns. Legen Sie uns hierzu Ihre Belege vor. Aufwendungen für Sehhilfen erkennen wir an: ▪ Brillengläser bis zu den Höchstsätzen der Anlage 11 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) ▪ Kontaktlinsen bei Erfüllung der Voraussetzungen gem. der Anlage 11 der BBhV Unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen wir Ihre Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen, die zur Behandlung einer Augenverletzung oder einer Augenerkrankung dienen. Hierfür benötigen wir eine augenärztliche Verordnung, in der die Augenerkrankung oder die Augenverletzung aufgeführt wird. Wir empfehlen für Sehhilfen unsere Zusatzversicherungen Ergänzungsstufe Schritt 1 und Schritt 2 und die ISH-Stufe abzuschließen.
Hörgeräte	Für Hörgeräte erstatten wir Ihnen grundsätzlich bis 1.500 Euro inklusive Zubehör je Ohr. Wir empfehlen Ihnen für Hörgeräte unsere Zusatzversicherung ISH abzuschließen.
Krankenhausleistungen	Wir erkennen grundsätzlich die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen an. Diese werden im Regelfall von Ihrem Krankenhaus direkt mit uns abgerechnet. Die Kosten ärztlicher **Wahlleistungen** übernehmen wir nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und nach den in der Leistungsordnung B vorgesehenen Höchstsätzen. Für die Wahlleistung Unterbringung im Zweibettzimmer erstatten wir keine Kassenleistungen. Bis Sie Ihre **Belastungsgrenze** erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Dies sind für jeden Krankenhaustag 10 Euro, jedoch höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr. Generell empfehlen wir Ihnen unsere Zusatzversicherung abzuschließen.
Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	Ist aufgrund einer schweren Krankheit oder einer Verschlimmerung einer Krankheit eine Pflege zuhause vorübergehend nicht möglich, erstatten wir Ihnen Leistungen für eine Kurzzeitpflege. Pro Kalenderjahr erkennen wir bis zu 8 Wochen Kurzzeitpflege an. Hierbei erstatten wir insgesamt höchstens 1.774 Euro im Jahr.

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Organspende	Falls Sie selbst **Organspender** sind, werden Ihre Kosten von der Krankenversicherung des Organempfängers getragen. Sind wir erstattungspflichtig, so sind folgende Kosten erstattungsfähig: ▪ stationäre Krankenhausbehandlung, ▪ ärztliche Leistungen, ▪ Arznei- und Verbandmittel, ▪ Heilmittel, ▪ Rehabilitation, ▪ Familien- und Haushaltshilfe, ▪ Fahrtkosten, ▪ Unterkunft bei auswärtiger ambulanter Behandlung sowie ▪ der nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Für Organempfänger sind folgende pauschale Kosten erstattungsfähig: ▪ vermittlungspflichtige Organe, ▪ Registrierungspauschale bei Eurotransplant, ▪ Aufwendungen für die Registrierung sowie ▪ die Leistungen des Zentralen Knochenmarkspenderregisters.
Palliativversorgung	Ihre Aufwendungen erkennen wir bis zur Höhe der Vergütungen an, die auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Hierfür benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung.
Stationäre Rehabilitation Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen	Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen, erkennen wir grundsätzlich an. Bitte beachten Sie, dass Sie hierfür unsere vorherige Genehmigung benötigen. ▪ Für Unterkunft, Verpflegung und Pflege ist pro Tag ein Betrag in Höhe von 16,00 Euro erstattungsfähig. ▪ Ärztliche Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel erkennen wir bis zur Höhe der Leistungsordnung B an. ▪ Ihre Behandlung genehmigen wir Ihnen grundsätzlich für höchstens 21 Tage. ▪ Für die An- und Abreise erstatten wir Ihnen Fahrtkosten in Höhe von 0,20 Euro je Kilometer – insgesamt höchstens bis zu 200 Euro. Beziehen Sie Ihre Beihilfe über uns, so haben Sie bis zur Erreichung Ihrer **Belastungsgrenze** Eigenbehalte zu leisten. Dies sind 10 Euro je Kalendertag entsprechend Ihres Beihilfebemessungssatzes.
Ambulante Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung	Hier ist der pauschale Tagessatz erstattungsfähig, der mit den gesetzlichen Sozialleistungsträgern vereinbart wurde.
Ambulante Rehabilitation in einem anerkannten Kurort	**Aktiv beschäftigte Personen**, die in einem beamtenrechtlichen Dienst- oder Arbeitsverhältnis stehen, erhalten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege täglich einen Betrag in Höhe von bis zu 16,00 Euro. Ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Verband- und Heilmittel erkennen wir bis zur Höhe der Leistungsordnung B an. Ihre Behandlung genehmigen wir Ihnen für höchstens 21 Tage. Für die An- und Abreise erstatten wir Ihnen Fahrtkosten in Höhe von 0,20 Euro je Kilometer – insgesamt höchstens bis zu 200 Euro. Bitte beachten Sie: Diese Reha-Maßnahme gilt nicht für Versorgungsempfänger.

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Rehabilitation Anschlussheilbehandlung, Entwöhnungsbehandlungen, psychische und psychosomatische Erkrankungen, Mutter/Vater-Kind-Kuren	Wir erstatten den pauschalen Tagespflegesatz, der mit den gesetzlichen Sozialleistungsträgern vereinbart ist. Bis Sie Ihre **Belastungsgrenze** erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Dies sind 10 Euro täglich, insgesamt für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr.
Schwangerschaft und Geburt	Wir erkennen Ihre notwendigen Kosten für Hebammen, für ärztliche Leistungen und Krankenhausleistungen an, die im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt anfallen.
Todesfälle	Wir erstatten die medizinischen Behandlungen bis zum Tode des verstorbenen Mitglieds beziehungsweise des verstorbenen mitversicherten Angehörigen.
Unterkunft bei auswärtigen ambulanten Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und bei Heilbehandlungen	Unterkunftskosten sind bei ärztlichen Behandlungen bis zu 30 Euro je Tag und bei Heilbehandlungen in angemessener Höhe erstattungsfähig.
Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsuntersuchungen und Schutzimpfungen	Grundsätzlich gilt: Diese Leistungen werden wie bei gesetzlich Krankenversicherten anerkannt. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
Zahnärztliche Leistungen	Leistungen erkennen wir im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) an. Im Allgemeinen genehmigen wir Leistungen bis zum 2,3-fachen Satz. In besonders begründeten Ausnahmefällen übernehmen wir Leistungen bis zum 3,5-fachen Satz der GOZ. Notwendige Material- und Laborkosten bei Zahnersatz sind zu 60 Prozent erstattungsfähig. Wir empfehlen Ihnen für zahnärztliche Leistungen unsere Zusatzversicherungen Ergänzungsstufe Schritt 1und Schritt 2 und die ISH-Stufe abzuschließen.

Gut zu wissen: Mit unseren Zusatzversicherungen können Sie Geld sparen – wir bieten Ihnen Krankenhaustagegeld, Tagegeld für stationäre Rehabilitation, Leistungen für Zahnersatz, Implantate, Sehhilfen und Hörgeräte sowie unsere Auslandsreisekrankenversicherung „AKV-Stufe“.