

Checkliste: Private Krankenversicherung für Beamte

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung ist häufig eine Entscheidung fürs Leben. Später den Versicherer zu wechseln, ist im Normalfall keine gute Idee. Umso wichtiger ist es, dass Sie sich vor Vertragsabschluss oder vor einem Tarifwechsel bei Ihrem bisherigen Versicherer genau über die Leistungen und Bedingungen des Angebots informieren. Dabei hilft Ihnen diese Checkliste. Planen Sie von Anfang an mit ein, ob Sie neben dem Beihilfegrundtarif noch einen Ergänzungstarif abschließen wollen. Sie könnten die Ergänzung zwar noch später abschließen, doch dann wird der Schutz teurer. Wichtig: Diese Checkliste kann Sie bei der Wahl Ihres privaten Krankenversicherungsschutzes nur unterstützen, ein persönliches Beratungsgespräch ersetzt sie nicht. (Stand: 1. Januar 2020)

Versicherer: _____ Beihilfetarif: _____

Beihilfeergänzungstarif: _____ Monatsbeitrag (Euro): _____

Versicherter Prozentsatz: _____ Beihilfebemessungssatz: _____

Beihilferegelung: _____

Der Beihilfebemessungssatz und der versicherte Prozentsatz im privaten Beihilfetarif ergeben zusammen 100 Prozent. Die Leistungen des Beihilfetarifs, wie sie in den Punkten 2. bis 27. ermittelt werden, gelten immer bezogen auf den versicherten Prozentsatz. Beispiel: Erstattet der Versicherer für Brillen 100 Euro im Jahr, zahlt er bei einem versicherten Prozentsatz von 30 de facto 30 Euro im Jahr. Wenn wir bei den folgenden Fragen Angaben zu den üblichen Leistungen der Beihilfe machen, handelt es sich um eine erste Orientierungshilfe – für Sie ist immer Ihre konkrete Beihilferegelung ausschlaggebend, die von den genannten Werten abweichen kann.

Allgemeine Bedingungen

1. Selbstbeteiligung

- a) Sieht der Tarif eine Selbstbeteiligung vor? Wenn ja, in welcher Höhe? _____ Euro
- b) Für welche Leistungen gilt sie (zum Beispiel nur für Arzneimittel, für den ambulanten Bereich oder auch für Zahn- und Krankenhausleistungen)?

Selbstbeteiligung für _____

Ihr maximales Kostenrisiko ermitteln Sie, indem Sie die jährliche Selbstbeteiligung durch 12 teilen und zum Monatsbeitrag addieren.

Beispiel: 300 Euro SB/12 = 25 Euro + 250 Euro Monatsbeitrag = 275 Euro.

2. Außereuropäische Reisen

- a) Wie lang gilt der Schutz bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

_____ Monate unbegrenzt

- b) Verlängert sich der Schutz, wenn der Versicherte im Ausland erkrankt und die Rückreise nicht antreten kann, ohne seine Gesundheit zu gefährden?

Ja Nein um _____ Monate unbegrenzt

Ja Nein c) Ist Auslandsrücktransport mitversichert?

- Ja Nein **d)** Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der die Mehrkosten für Auslandsrücktransport zu 100 Prozent erstattet?

Der Auslandsrücktransport ist sehr wichtig, weil eine Notfallversorgung ins Geld gehen kann. Da die Beihilfe hier in der Regel keine Leistungen vorsieht, empfiehlt sich in jedem Fall die Vereinbarung von Zusatzschutz. Gibt es bei der Gesellschaft keinen entsprechenden Beihilfeergänzungstarif, geht das auch über eine zusätzliche Auslands-krankenversicherung.

Ambulanter Schutz

3. Arztrechnungen

- Ja Nein **a)** Wird mindestens bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von 3,5 erstattet?

- Ja Nein Wird auch über den Höchstsatz hinaus erstattet?

Ärzte rechnen im Normalfall bis zum 2,3-fachen GOÄ-Satz (Regelhöchstsatz) ab, bei schwierigen Behandlungen auch bis zum Höchstsatz (3,5-fach). In seltenen Ausnahmefällen kann der Arzt mit dem Patienten ein noch höheres Honorar vereinbaren. Die Beihilfe leistet in der Regel maximal bis zum GOÄ-Höchstsatz. Wir empfehlen eine Erstattung im Beihilfetarif mindestens bis zum GOÄ-Höchstsatz, zumindest immer dann, wenn auch die Beihilfe bis zum Höchstsatz leistet (beihilfefähige Aufwendungen).

- b)** Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Honorarkosten erstattet, die weder von der Beihilfe noch vom privaten Beihilfetarif übernommen werden?

- Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Das kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn Sie für den Fall vorsorgen möchten, dass die Beihilfe die Kosten nur bis zum Regelhöchstsatz erstattet, weil sie die höhere Honorarforderung des Arztes nicht für berechtigt hält.

4. Freie Arztwahl

- Ja Nein Erstattet der Versicherer das Arzthonorar auch dann vollständig, wenn Sie einen Facharzt direkt ohne Überweisung durch einen Allgemeinmediziner in Anspruch nehmen?

In sogenannten Primärarztтарifen wird das Arzthonorar zum Beispiel nur zu 75 Prozent erstattet, wenn ein Facharzt direkt aufgesucht wird. Wir empfehlen Tarife ohne eine solche Einschränkung.

5. Arzneimittel

- Ja Nein **a)** Werden die Kosten für alle ärztlich verordneten Arzneimittel vollständig erstattet?

Folgende Einschränkungen: _____

In einigen Tarifen werden zum Beispiel nur 75 Prozent der Kosten erstattet, wenn ein Originalpräparat statt eines günstigeren Nachahmerpräparates (Generikum) in Anspruch genommen wird oder wenn das Arzneimittel nicht über den Versicherer bezogen wird.

- b)** Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Arzneimittel erstattet, die weder von der Beihilfe noch vom privaten Beihilfetarif übernommen werden?

- Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Die Ergänzung kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn eine Beihilferegelung gilt, nach der Erwachsenen nur verschreibungspflichtige Arzneimittel erstattet werden oder für Arzneimittel wie in der gesetzlichen Krankenversicherung generell Höchstbeträge (Festbeträge) vorgesehen sind.

6. Ambulante Psychotherapie

a) Wie viele Sitzungen im Jahr werden maximal bezahlt? Wie viele davon auch ohne vorherige Genehmigung?

Maximal im Jahr _____, davon ohne Genehmigung _____

b) In welcher Höhe werden die Kosten für ambulante Psychotherapie erstattet?
_____ Prozent

Ja Nein

c) Besteht ein Leistungsanspruch für ambulante Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

Wir empfehlen eine Erstattung von mindestens 50 Sitzungen im Jahr zu 70 Prozent sowohl durch Ärzte als auch durch psychologische Psychotherapeuten. Achtung: In älteren Beihilfetarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen (Bisex-Tarife) wird ambulante Psychotherapie oft nur erstattet, wenn Ärzte sie durchführen.

7. Vorsorgeuntersuchungen

a) Werden Vorsorgeuntersuchungen nur im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt oder auch darüber hinaus?

Im Umfang der GKV Darüber hinaus, und zwar: _____

Teilweise verzichten die Versicherer auf die in der GKV vorgesehenen Zeitintervalle oder Altersvorgaben, oder sie erstatten zusätzliche Verfahren bis hin zu allen zur Früherkennung notwendigen Untersuchungen.

b) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Kosten für solche Vorsorgeuntersuchungen erstattet, die weder die Beihilfe noch der private Beihilfetarif übernimmt?

Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Die Beihilfe leistet in der Regel für Vorsorgeuntersuchungen nur im Umfang der GKV, erweitert um einzelne zusätzliche Untersuchungen. Ein Ergänzungstarif kann sinnvoll sein, wenn Sie viel Wert auf Vorsorgeuntersuchungen auch außerhalb des GKV-Rahmens legen.

8. Heilmittel

Für welche Heilmittel wie Massagen oder Physiotherapie wird geleistet und in welchem Umfang?

Wir empfehlen mindestens eine Erstattung von 75 Prozent für alle Formen der physikalischen Therapie (wie Krankengymnastik, Massagen, Bäder, Inhalationen), Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) und Ergotherapie (wie zum Beispiel Hirnleistungstraining nach einem Unfall oder Schlaganfall).

9. Sehhilfen

a) In welchem Umfang leistet der Versicherer für Sehhilfen wie Brillen und Kontaktlinsen?

Erstattung _____

Die Erstattung für Sehhilfen liegt derzeit je nach Beihilfetarif etwa zwischen 100 und 600 Euro alle zwei Jahre.

- b) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Kosten für Sehhilfen erstattet, die weder die Beihilfe noch der private Beihilfetarif übernimmt?

Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Die meisten Beihilferegelungen sehen wie die gesetzliche Krankenversicherung für Erwachsene keine Zuschüsse für Sehhilfen vor, sofern nicht eine sehr schwere Sehbeeinträchtigung vorliegt. Brillenträger, für die eine solche Beihilferegelung gilt, sollten den Abschluss eines Ergänzungstarifs prüfen.

10. Hilfsmittel

- a) Für welche Hilfsmittel, wie Hör- und Sprechgeräte, Rollstühle, Prothesen oder orthopädische Schuhe, wird geleistet und in welchem Umfang?

Die Hilfsmittelaufstellung im Vertrag sollte nicht abschließend sein (offener Hilfsmittelkatalog), da es künftige Hilfsmittel geben kann, die heute noch nicht bekannt sind. Wir empfehlen außerdem mindestens eine Erstattung von 75 Prozent für technische Hilfsmittel (wie Hör- und Sprechgeräte) und Prothesen. Üblich und bei der Tarifauswahl ebenfalls zu beachten sind Erstattungsobergrenzen für bestimmte Hilfsmittel wie Hörgeräte. Besonders teure Hilfsmittel werden in manchen Tarifen nur dann voll erstattet, wenn diese über den Versicherer bezogen werden.

- b) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Kosten für Hilfsmittel erstattet, die weder die Beihilfe noch der private Beihilfetarif übernimmt?

Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Die Beihilfe leistet in der Regel für Hilfsmittel, die in einem eigenen Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind. Für einige Hilfsmittel (zum Beispiel Hörgeräte, Perücken) sind dabei Höchstbeträge vorgesehen. Ein Beihilfeergänzungstarif kann sinnvoll sein, wenn Sie sicherstellen wollen, dass Hilfsmittel (wie zum Beispiel Hörgeräte) auch in hochwertiger Ausführung (fast) vollständig erstattet werden.

11. Heilpraktiker

- a) In welcher Höhe werden die Kosten für Heilpraktikerbehandlungen erstattet?

Die meisten Tarife erstatten die Kosten bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). In einigen Tarifen gibt es Obergrenzen von zum Beispiel 500 oder 1000 Euro für alle Behandlungen eines Jahres. In einigen Beihilfetarifen gibt es gar keine Erstattung.

- b) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Kosten für Heilpraktikerbehandlungen erstattet, die weder die Beihilfe noch der private Beihilfetarif übernimmt?

Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Nach den Beihilferegelungen für das Saarland und Bremen werden Heilpraktikerbehandlungen nicht erstattet. Dort empfiehlt sich für Landesbeamte, die regelmäßig zum Heilpraktiker gehen, der Abschluss eines entsprechenden Ergänzungstarifs.

12. Fahrt- oder Transportkosten zur ambulanten Behandlung

In welchen Fällen werden Fahrt- oder Transportkosten zur ambulanten Behandlung erstattet?

Anlass/Grund der Fahrt: _____

Es werden zum Beispiel entweder nur Kosten für Transporte und Fahrten zur Erstversorgung bei Unfällen/Notfällen erstattet oder auch solche bei ärztlich bescheinigter Geh- oder Fahrunfähigkeit, manchmal auch bei Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie oder zu ambulanten Operationen; in einigen Tarifen gar keine Erstattung.

13. Häusliche Krankenpflege

Welche Kosten für häusliche Krankenpflege werden erstattet und in welchem Umfang?

Der Versicherer erstattet Kosten zum Beispiel nur für Behandlungspflege, oder er erstattet sie auch für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt wird; in vielen Tarifen werden die Kosten für häusliche Krankenpflege gar nicht erstattet. Das gilt insbesondere für die älteren Bisex-Tarife mit geschlechtsabhängigen Beiträgen.

14. Schutzimpfungen

a) In welchem Umfang werden Kosten für Schutzimpfungen erstattet?

Erstattung für _____

Je nach Tarif werden zum Beispiel nur die Kosten für die Impfungen erstattet, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut (STIKO) empfohlen werden. In manchen Tarifen werden die Kosten weiterer ausgewählter Impfungen erstattet, teilweise auch die von Reiseimpfungen; in einigen Tarifen gar keine Erstattung von Schutzimpfungen.

b) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Kosten für Schutzimpfungen erstattet, die weder die Beihilfe noch von der private Beihilfetarif übernimmt?

Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Die Beihilfe erstattet Schutzimpfungen in der Regel nur im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Planen Sie viele private Auslandsreisen, die Impfungen notwendig machen, kann es sinnvoll sein, dass Sie den Schutz durch einen Ergänzungstarif aufstocken.

15. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Ja Nein

Werden die Kosten für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung erstattet, die am Ende des Lebens notwendig werden kann?

In vielen aktuellen Tarifen werden Leistungen analog zu denen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet; in älteren Bisex-Tarifen oft keine Erstattung.

Stationärer Schutz

16. Unterbringung und Chefarztbehandlung

- a) Was ist versichert: Ein- oder Zweibettzimmer je mit Chefarztbehandlung oder nur kassenübliches Mehrbettzimmer mit Behandlung beim Stationsarzt (Allgemeine Krankenhausleistungen)?

- Einbettzimmer und Chefarzt Zweibettzimmer und Chefarzt
 Allgemeine Krankenhausleistungen

Leistet die Beihilfe für die Wahlleistungen Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung, sollte der Beihilfetarif ebenfalls mindestens diese Kosten erstatten. Erstattet die Beihilfe jedoch nur die allgemeinen Krankenhausleistungen, sollte auch der Beihilfetarif nur diese Leistungen vorsehen. Die Wahlleistungen im Krankenhaus können in diesem Fall fast immer über einen zusätzlichen privaten Wahlleistungstarif versichert werden.

- b) Bietet die Gesellschaft für Beihilfeberechtigte ohne Anspruch auf Wahlleistungen im Krankenhaus einen privaten Wahlleistungstarif an, der die Kosten für die Chefarztbehandlung und das Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus erstattet?

- Ja, für Einbettzimmer und Chefarzt Ja, für Zweibettzimmer und Chefarzt
 Nein

In den folgenden acht Bundesländern erstattet die Beihilfe Landes- und Kommunalbeamten zurzeit keine Kosten für Wahlleistungen im Krankenhaus: Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein. Für sie kann ein privater Wahlleistungstarif sinnvoll sein.

17. Chefarztrechnungen im Krankenhaus

- Ja Nein

- a) Erstattet der Tarif die Chefarztbehandlung mindestens bis zum Höchstsatz der gültigen Gebührenordnung (GOÄ) von 3,5?

- Ja Nein

Erstattet er auch darüber hinaus?

Chefärzte rechnen im Normalfall bis zum 2,3-fachen GOÄ-Satz (Regelhöchstsatz) ab, bei schwierigen Behandlungen auch bis zum Höchstsatz (3,5-fach). In seltenen Ausnahmefällen kann der Chefarzt mit dem Patienten ein noch höheres Honorar vereinbaren. Die Beihilfe leistet in der Regel maximal bis zum GOÄ-Höchstsatz. Wir empfehlen hier eine Erstattung mindestens bis zum GOÄ-Höchstsatz, immer dann, wenn auch die Beihilfe bis zum Höchstsatz leistet (beihilfefähige Aufwendungen).

- b) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der die Kosten für Chefarzthonorare erstattet, die weder die Beihilfe noch der private Beihilfetarif übernimmt?

- Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Dieser Zusatzschutz kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn man sich im Fall einer seltenen oder schweren Erkrankung von einem teuren Spezialisten behandeln lassen möchte, der Honorare auch über dem GOÄ-Höchstsatz berechnet.

18. Krankentransporte

- Ja Nein

Werden bei stationärer Behandlung medizinisch notwendige Transporte zum Krankenhaus erstattet?

Die Erstattung muss mindestens die Transportkosten zum nächsten für die Behandlung geeigneten Krankenhaus umfassen.

19. Stationäre Psychotherapie

Zahlt der Versicherer für psychotherapeutische Behandlung in einer Klinik ohne Zeitbegrenzung?

Ja Nein, auf _____ Tage im Jahr begrenzt

Die Anzahl der erstattungsfähigen Behandlungstage sollte mindestens bei 30 Tagen im Jahr liegen, eher höher, da sich psychotherapeutische Behandlungen meist über einen längeren Zeitraum erstrecken.

20. Hospizaufenthalt

Ja Nein

Werden die Kosten für einen stationären Hospizaufenthalt erstattet, der am Ende eines Lebens notwendig werden kann?

In den meisten aktuellen Beihilfetarifen werden 100 Prozent der Kosten erstattet, teilweise jedoch maximal bis zur Höhe der GKV-Leistungen. In älteren Bisex-Tarifen oft keine Erstattung.

Schutz rund um den Zahn

21. Summenbegrenzung

In welchem Umfang begrenzt der Versicherer die Kostenerstattung im Zahnbereich (Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie) in den ersten Vertragsjahren auf Höchstbeträge?

Einige Beihilfetarife sehen entsprechende Leistungsbegrenzungen in den ersten Vertragsjahren vor. Sie entfallen in der Regel für zahnärztlichen Behandlungen infolge von Unfällen.

22. Zahnarztrechnungen

Ja Nein

a) Wird mindestens bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) von 3,5 erstattet?

Ja Nein

Wird auch über den Höchstsatz hinaus erstattet?

Zahnärzte rechnen im Normalfall bis zum 2,3-fachen GOZ-Satz (Regelhöchstsatz) ab, bei schwierigen Behandlungen auch bis zum Höchstsatz (3,5-fach). In seltenen Ausnahmefällen kann der Zahnarzt mit dem Patienten ein noch höheres Honorar vereinbaren. Wir empfehlen eine Erstattung mindestens bis zum GOZ-Höchstsatz (3,5).

b) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der solche Honorarkosten erstattet, die weder die Beihilfe noch der private Beihilfetarif übernimmt?

Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Die Ergänzung kann zum Beispiel dann sinnvoll sein, wenn Sie für den Fall vorsorgen möchten, dass die Beihilfe die Kosten nur bis zum Regelhöchstsatz erstattet, weil sie die höhere Honorarforderung des Zahnarztes nicht für berechtigt hält.

23. Zahnbehandlung

Ja Nein,
nur _____ %

Werden 100 Prozent der Kosten für Zahnbehandlung (darunter fallen zum Beispiel konservierende Leistungen wie Füllungen oder Wurzelbehandlungen, aber auch Prophylaxe) erstattet?

Wir empfehlen für Zahnbehandlung einen Erstattungssatz von mindestens 90 Prozent, üblich sind sogar 100 Prozent.

24. Zahnersatz

Ja Nein,
nur _____ %

a) Werden 100 Prozent der Kosten (inklusive der Material- und Laborkosten) für Zahnersatz erstattet?

Zum Zahnersatz zählen zum Beispiel Kronen, Brücken und Prothesen. Wir empfehlen für Zahnersatz einen Erstattungssatz von mindestens 65 Prozent, üblich sind sogar 100 Prozent.

b) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Material- und Laborkosten für Zahnersatz erstattet, die weder die Beihilfe noch der private Beihilfetarif übernimmt?

Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Die Erstattung von Material- und Laborkosten für Zahnersatz ist in allen Beihilfereglungen begrenzt. Erstattet werden je nach Bundesland entweder 40, 50, 60 oder 70 Prozent der Kosten. In einigen privaten Beihilfetarifen gibt es zudem ebenfalls Begrenzungen durch tarifliche Preisverzeichnisse. Insbesondere dann, wenn die Erstattung durch die Beihilfe mit 40 oder 50 Prozent sehr niedrig ist, ist die Aufstockung der Leistung durch einen Ergänzungstarif zu empfehlen.

25. Inlays

Ja Nein,
nur _____ %

a) Werden 100 Prozent der Kosten (inklusive der Material- und Laborkosten) für Inlays erstattet?

Wir empfehlen für Inlays einen Erstattungssatz von mindestens 65 Prozent, üblich sind sogar 100 Prozent.

b) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Material- und Laborkosten für Inlays erstattet, die weder die Beihilfe noch der private Beihilfetarif übernimmt?

Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Die Erstattung von Material- und Laborkosten für Inlays ist in den verschiedenen Beihilferegelungen in der gleichen Weise begrenzt wie die für Zahnersatz. In einigen privaten Beihilfetarifen gibt es zudem ebenfalls Begrenzungen durch tarifliche Preisverzeichnisse. Auch für Inlays empfiehlt sich daher oft die Aufstockung der Leistung durch einen Beihilfeergänzungstarif.

26. Implantate

Ja Nein,
_____ %

a) Werden die Kosten für Implantate (inklusive der Material- und Laborkosten) zu 100 Prozent erstattet?

Ja Nein

b) Ist ein eventuell notwendiger Knochenaufbau mitversichert?

Ja Nein

c) Gibt es eine Erstattungsobergrenze je Implantat oder für alle Implantate eines Jahres? Welche? _____

Ja Nein

d) Ist die Anzahl erstattungsfähiger Implantate begrenzt, wenn ja, in welcher Weise?

e) Bietet die Gesellschaft einen Beihilfeergänzungstarif an, der Material- und Laborkosten für Implantate erstattet, die weder die Beihilfe noch der private Beihilfetarif übernimmt?

Ja, vollständig Ja, teilweise Nein

Die Erstattung von Material- und Laborkosten für Implantate ist in den verschiedenen Beihilferegelungen in gleicher Weise begrenzt wie die für Zahnersatz. In einigen privaten Beihilfetarifen gibt es zudem ebenfalls Begrenzungen durch tarifliche Preisverzeichnisse. Auch für Implantate empfiehlt sich daher oft die Aufstockung der Leistung durch einen Beihilfeergänzungstarif.

27. Kieferorthopädie

Wie viel Prozent der Kosten (inklusive der Material- und Laborkosten) werden für Kieferorthopädie erstattet? _____ Prozent

Kieferorthopädische Maßnahmen für Erwachsene werden von manchen Tarifen nur in Ausnahmefällen (zum Beispiel nach Unfällen oder bei schweren Erkrankungen) erstattet. Diese Tarifleistung ist vor allem für die Versicherung von Kindern von Bedeutung. Der Erstattungssatz liegt meist bei 100 Prozent.