

# Krankheitskostenvollversicherung

## Teil III

### Krankheitskostenvollversicherungstarife: Premium0, Premium1, Premium2, Premium3 und Studententarife: Premium0S, Premium1S und Premium2S

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung.

#### 1. Allgemeines, Selbstbehalt, Kooperationen mit Leistungserbringern und Dynamisierung

##### a) Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach tariflichem Umfang für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nach den nachstehend aufgeführten tariflichen Sätzen. Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie für Heilpraktiker, Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten werden erstattet, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnungen (z. B. Gebührenordnung für Ärzte GOÄ, Gebührenordnung für Zahnärzte GOZ, Gebührenordnung für Heilpraktiker GebÜH, Hebammenhilfe Gebührenverordnung HebGV und Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten GOP) berechnet werden.

Die Leistungen werden bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnungen gezahlt. Für die GOÄ, GOZ und GOP handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des jeweiligen § 5 der Gebührenordnung.

Über die Höchstsätze hinaus wird unter den in Nr. 6. c) genannten Voraussetzungen geleistet.

##### b) Selbstbehalt

Die Versicherungsleistungen mindern sich um den Selbstbehalt. Der Selbstbehalt beträgt unter Anrechnung aller erstattungsfähigen Leistungen – pro versicherter Person und Kalenderjahr im

Tarif Premium0 und Premium0S	0 €
Tarif Premium1 und Premium1S	300 €
Tarif Premium2 und Premium2S	600 €
Tarif Premium3	1.500 €

Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte. Bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und digitalen Gesundheitsanwendungen gilt das Bezugsdatum. Bei Laborleistungen gilt das Datum, an dem die Laborleistung erbracht wurde.

Beginnt die Versicherung während des 2. Quartals eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich für das restliche Kalenderjahr der Selbstbehalt um 25 %, bei Beginn im 3. Quartal um 50 % und bei Beginn im 4. Quartal um 75 %.

Entsprechendes gilt bei Erhöhung des Selbstbehalts im Falle eines Tarifwechsels für den hinzukommenden Teil des Selbstbehalts. Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung des summenmäßigen Selbstbehalts gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt jeweils angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

##### c) Kooperationen mit Leistungserbringern

Kooperationspartner der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden. Die regionale Verteilung der Kooperationspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus einsehbar unter [www.vrk.de](http://www.vrk.de).

Durch Inanspruchnahme dieser Kooperationspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen.

##### d) Dynamisierung

Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung prüft in regelmäßigen Abständen, ob die im Tarif, wie z. B. unter Hilfsmittel, Sehhilfen, ambulante Kuren, ambulanter Entbindung, Haushaltshilfe, Ersatz-Krankenhaustagegeld, Besonderheiten in den ersten drei Versicherungsjahren bei Zahnersatz und Überführung aufgeführten Leistungsbegrenzungen, Höchst- und Pauschalbeträge im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Diese können zugunsten des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung an den Versicherungsnehmer folgt.

## 2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

**Der Versicherer ersetzt tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 %. Bei Hilfsmitteln gelten die unter Nr. 2. f) genannten Begrenzungen und Erstattungsätze.**

### a) ärztliche Leistungen

Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Leistungen gemäß Nr. 1. a). Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen werden bei medizinischer Notwendigkeit Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächst erreichbaren Arztes erstattet.

### b) Heilpraktiker

Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen für Heilpraktiker gemäß Nr. 1. a).

### c) Transporte und Fahrtkosten im Rahmen von ambulanten Behandlungen

Erstattet werden:

- Notfallkrankentransporte zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus
- Fahrten bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus
- Fahrten zu und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

Werden die o.g. Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so werden pro Kilometer 100 % des Kilometersatzes gezahlt, der in der jeweils gültigen Fassung des Einkommensteuergesetzes geregelt ist. Ebenso werden auf Nachweis des Versicherungsnehmers die Kosten des preisgünstigsten öffentlichen Verkehrsmittels erstattet.

### d) Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Arzneimittel. Auch Verbandsmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Humanmediziner verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht:

- Nahrungsmittel,
- Stärkungspräparate, z. B. Vitamine/Mineralstoffe,
- kosmetische Präparate,
- Potenz-, Verhütungs-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel,
- Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle- und Anti-Agingpräparate

sowie

- Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden.

Vitamin-, Nähr- und Stärkungspräparate werden bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zur Vermeidung lebensbedrohlicher schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. Morbus Crohn und Mukoviszidose oder während einer Schwangerschaft gezahlt. Ist auf Grund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich, werden die Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung (enterale Ernährung) und Dauertropfinfusionen (parenterale Ernährung) erstattet.

### e) Heilmittel

Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilmittel. Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und

Behandlungen wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie sowie Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie und manuelle Therapie.

Zusätzlich zu den Heilmittelanwendungen wird bei medizinischer Notwendigkeit eines Hausbesuchs Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächsterreichbaren Therapeuten erstattet.

Medizinisch notwendige Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie von einem staatlich geprüften Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe (z. B. Physiotherapeut, Logopäde) angewandt werden.

Bei der Erstattung dieser Aufwendungen werden maximal die Preise des beigefügten Heilmittel-Preisverzeichnisses zu Grunde gelegt.

Es handelt sich um die beihilfefähigen Höchstsätze des Bundesministeriums des Innern. Soweit sich diese verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze, die der tariflichen Erstattung zugrunde gelegt werden. Das gleiche gilt, wenn neue Positionen in das Verzeichnis der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundesministeriums des Innern aufgenommen werden. Die jeweils aktuelle Fassung kann auch über [www.vrk.de](http://www.vrk.de) abgerufen werden.

### f) Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel.

Als Hilfsmittel gelten technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die eine körperliche Beeinträchtigung unmittelbar mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Sehhilfen werden unter Nr. 2. g) geregelt.

Erstattet werden medizinisch notwendige Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.200 € zu 100 %.

Hilfsmittel, die einen Rechnungsbetrag von 1.200 € pro Hilfsmittel übersteigen, werden zu 90 % im tariflichen Umfang erstattet. Sofern das Hilfsmittel über den »Hilfsmittelservice« (siehe Nr. 6. d)) des Versicherers beschafft wird, werden diese Hilfsmittel zu 100 % erstattet.

Für einzelne Hilfsmittel gelten folgende Höchstrechnungsbeträge:

- Perücken bei krankhaftem Haarausfall bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 €,
- Hörhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Hörhilfe. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte apparativ einschließlich dazugehöriger Ohranpassstücke,
- Sehimplantate bis zu einem Rechnungsbetrag von 20.000 €,
- Schlafapnoe-Geräte (z. B. CPAP-/BiPAP-/Bilevel-Geräte) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.250 €,
- Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 € pro Prothese,
- C-LEG-Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 30.000 €,
- Individuell angepasste Sitzschalensysteme bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.000 €,
- Krankenfahrstühle (ggf. inkl. Zubehör und Antrieb) bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 €,
- Orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Kalenderjahr.

Bei Prothesen-BH und -Badeanzügen erfolgt der Abzug eines Eigenanteils von 50 % des Rechnungsbetrags. Einlagen und orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind auf maximal 3 Paar pro Kalenderjahr begrenzt.

Nicht genannte Hilfsmittel werden bei medizinischer Notwendigkeit ebenfalls erstattet.

Anschaffungskosten eines Blindenführhundes werden inklusive eines Einführungstrainings erstattet.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur eines erstattungsfähigen Hilfsmittels.

**Nicht erstattungsfähig** sind Hilfsmittel mit geringem therapeutischem Nutzen und solche, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind. Für Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel wie Strom oder Batterien wird nicht geleistet.

#### **g) Sehhilfen**

Erstattet werden medizinisch notwendige Sehhilfen einschließlich Reparaturkosten unabhängig von der Art und Anzahl bis maximal 600 € innerhalb von zwei Kalenderjahren. Bei Nutzung eines Kooperationspartners erhöht sich der Erstattungsanspruch auf 750 € innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Der Höchstbetrag bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen des Bezugsjahres der Sehhilfen sowie des vorangegangenen Kalenderjahres.

Die Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

Aufwendungen für eine Korrektur der Sehschärfe mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operation) oder Kunstlinsen-Operation werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 € (500 € pro Auge) erstattet.

#### **h) ambulante Kuren und medizinische Rehabilitation**

Unter einer Kur bzw. medizinischen Rehabilitation sind alle Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit bzw. der Erwerbsfähigkeit, insbesondere ambulante und stationäre Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder Kurort (Sanatorium) in Deutschland zu verstehen. Eine Kur bzw. medizinische Rehabilitation liegt dann vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht und mit ärztlicher Betreuung nach einem bestimmten Plan aufgrund gemachter Erfahrungen natürliche und ortsgebundene Mittel angewendet werden, um die Gesundheit zu fördern.

Erstattet werden bei einer ambulanten Kurbehandlung bzw. medizinischen Rehabilitation bis zur Dauer von 35 Tagen, für die anderweitig (zum Beispiel über die Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft etc.) kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe.

Weist der Versicherungsnehmer die erstattungsfähigen Aufwendungen mit einer Pauschalabrechnung nach, so wird zur Abgeltung dieser Pauschalabrechnung ein Tagegeld in Höhe von 30 € bis zu einer Dauer von maximal 35 Tagen gezahlt.

Ein erneuter Leistungsanspruch für ambulante und/oder stationäre Kuren bzw. medizinische Rehabilitation entsteht nach Ablauf von 36 Monaten ab Beginn der letzten Kurmaßnahme, unabhängig von deren Zielrichtung.

Die Erstattung umfasst auch Vater/Mutter-Kind-Kuren, sofern für die zu behandelnden Personen jeweils medizinische Notwendigkeit und Versicherungsschutz besteht.

**Nicht erstattet** werden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung.

#### **i) ambulante Anschlussheilbehandlung**

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Anschlussheilbehandlungen. Gezahlt werden die Aufwendungen bis zur Dauer von 35 Tagen für ärztliche Behandlung und physikalische Therapie, sofern sich die Maßnahme unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation

anschließt. Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die Maßnahme innerhalb von 28 Tagen beginnt, es sei denn die Einhaltung dieser Frist ist aus medizinischen Gründen (z. B. nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) nicht möglich.

#### **j) ambulante Psychotherapie**

Erstattet werden Aufwendungen für eine medizinisch notwendige ambulante Psychotherapie gemäß Nr. 1. a). Voraussetzung für eine Leistung ist, dass die ambulante Psychotherapie von einem Arzt oder einem im Arztregister eingetragenen approbierten Psychotherapeuten bzw. Kinder- oder Jugendpsychotherapeuten durchgeführt wird.

Eine vorherige Zusage ist nicht erforderlich. Wenn der Versicherungsnehmer vorher eine Zusage einholt, unterstützt die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung auf Wunsch bei der Suche nach Ärzten und Psychotherapeuten.

#### **k) Schutzimpfungen**

Erstattet werden Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, soweit es sich um Schutzimpfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz und Zeckenschutzimpfungen sowie um die empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland handelt.

**Nicht erstattet** werden Aufwendungen für Impfungen aufgrund von Auslandsreisen mit Ausnahme der unter 2. w) genannten Impfungen.

#### **l) Schwangerschaft und ambulante Entbindung**

Erstattet werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen für Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft. Erstattet werden Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge bis maximal insgesamt 2.000 € und Geburtsvorbereitung und Schwangerschaftsgymnastik bei Hebammen und Physiotherapeuten. Bei Hausentbindungen werden die Hebammenkosten sowie Kosten für ärztliche Behandlung erstattet. Außerdem wird zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe) eine einmalige Pauschale in Höhe von 500 € pro ambulanter Entbindung gezahlt. Ein Anspruch gemäß Nr. 2. r) besteht dann nicht.

#### **m) Maßnahmen zur Erlangung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung)**

Erstattet werden Aufwendungen für nach deutschem Recht zulässige medizinisch notwendige Maßnahmen zur Erlangung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung).

Voraussetzungen für eine Erstattung sind, dass

- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren bzw. bei Partnern in eingetragener Lebenspartnerschaft erfolgt

**und**

- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann

**und**

- eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht

**und**

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder bis zu 4 Versuche nach der In vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.

Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem anderen Privaten Krankenversicherer oder einem sonstigen Leistungsträger, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung dieser Leistungsträger verbleiben.

#### **n) Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation**

Erstattet werden die Kosten bei ambulanter Behandlung gemäß Nr. 1. a) bzw. stationärer Behandlung nach Nr. 3. a) bis d)

- für einen in Deutschland zulässigen und dort durchgeführten Schwangerschaftsabbruch sowie
- für eine Sterilisation, wenn für diese eine medizinische Indikation bei der versicherten Person besteht.

#### **o) ambulante Operationen**

Erstattet werden Aufwendungen für ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte gemäß Nr. 1. a).

#### **p) ambulante Palliativversorgung**

Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung liegt vor, wenn eine versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt. Die Palliativversorgung zielt dabei darauf ab, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Erstattet werden Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu 100 %, sofern die spezialisierte ambulante Palliativversorgung über den Versicherer beschafft wird. Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung vermittelt hierzu qualifizierte Dienstleister (z. B. ambulante Pflegedienste), die die Versorgung übernehmen.

Bei Beschaffung durch die versicherte Person ohne Einschaltung des Versicherers bzw. fehlender Zusage des Versicherers sind die Kosten auf die Höhe begrenzt, die entstanden wären, wenn die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vermittelt hätte. Es wird empfohlen, rechtzeitig vor Beginn der Behandlung Kontakt mit der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung aufzunehmen, um die Kostenübernahme zu klären.

#### **q) Gebärdensprachdolmetscher**

Erstattet werden die Aufwendungen für die Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers/in bei medizinisch notwendigen Behandlungen, wenn die versicherte Person hörbehindert ist oder eine Behinderung mit besonders starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit vorliegt. Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer von der versicherten Person nur mit Hilfe eines Gebärdensprachdolmetschers/in die benötigten Informationen erhält und/oder der versicherten Person vom Leistungserbringer die erforderlichen Hinweise nur so vermittelt werden können.

Erstattungsfähig sind die nachgewiesenen Aufwendungen bis zum Stundensatz in der jeweiligen Fassung des JVEG (Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz).

#### **r) Haushaltshilfe**

Erstattet werden die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe, wenn einer versicherten Person auf Grund Krankheit oder Unfallfolgen strenge Bettruhe ärztlich verordnet wurde und eine stationäre Behandlung grundsätzlich geboten ist, die jedoch durch die Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt wird.

Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein minderjähriges Kind der versicherten Person lebt, für dessen Versorgung kein Angehöriger zur Verfügung steht. Die Haushaltshilfe muss ärztlich verordnet

sein. Der tarifgemäßen Erstattung zu Grunde gelegt werden maximal 20 € Rechnungsbetrag für jeden vollen Kalendertag (0 bis 24 Uhr), um den ein akutstationärer Krankenhausaufenthalt durch den Einsatz einer Haushaltshilfe verkürzt oder vermieden wird.

#### **s) häusliche Krankenpflege**

Erstattet werden die Aufwendungen für die ärztlich verordnete Behandlungspflege innerhalb Deutschlands bei schweren Erkrankungen, die eine 24-stündige Überwachung aufgrund künstlicher Beatmung und eine medizinische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege von medizinisch ausgebildeten Fachkräften erfordern.

Voraussetzungen für die Erstattung sind, dass hierdurch Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen und/oder stationäre Krankenhausaufenthalte verringert oder vermieden werden und die Behandlungspflege über die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung beschafft wird oder vor Behandlungsbeginn eine Zusage durch den Versicherer vorliegt. Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung vermittelt hierzu qualifizierte Dienstleister (z. B. ambulante Pflegedienste), die die Versorgung übernehmen.

Bei Beschaffung durch die versicherte Person ohne Einschaltung des Versicherers bzw. bei fehlender Zusage durch die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung sind die Kosten auf die Höhe begrenzt, die entstanden wären, wenn die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung die häusliche Krankenpflege vermittelt hätte. Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung empfiehlt rechtzeitig vor Beginn der Behandlungspflege eine Kontaktaufnahme, um die Kostenübernahme zu klären.

#### **t) ambulante Entziehungsmaßnahmen**

Die Erstattung erfolgt gemäß § 5 (1.2) der AVB im tariflichen Umfang.

#### **u) Organtransplantation und Knochenmarkspende**

Erstattet werden Aufwendungen für eine Organtransplantation gemäß der Selbstverpflichtung der PKV (siehe Anhang der AVB) sowie die Kosten für

- die Typisierung zur Aufnahme in die Knochenmark-/Organ-spendedatei
- das Registrieren des Empfängers für die Transplantation
- die Aktivierungsgebühr, die Betriebskostenpauschale und die Suchkosten (Fremdspendersuche).

#### **v) Medizinische Schulungen für chronisch Kranke**

Erstattet werden Aufwendungen für Erst- und Folgeschulungen, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis bis maximal 500 € innerhalb von drei Kalenderjahren.

Als Schulungen gelten Maßnahmen, die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation, auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte sowie unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden. Ein Nachweis über die Teilnahme ist vorzulegen.

#### **w) Präventionsmaßnahmen**

Erstattet werden pro Kalenderjahr insgesamt bis zu zwei Präventionskurse aus unterschiedlichen Bereichen (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung, Suchtprävention, Raucherentwöhnung) sowie Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes. Präventionskurse und Auslandsschutzimpfungen sind zusammen bis maximal 100 € pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Als Präventionskurse gelten Maßnahmen, die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation, auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte sowie unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden. Ein Nachweis über die Teilnahme ist vorzulegen.

#### **x) Digitale Gesundheitsanwendungen**

Erstattet werden im Versicherungsfall Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Voraussetzungen für eine Erstattung sind, dass

- die digitalen Gesundheitsanwendungen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen worden sind
- die digitalen Gesundheitsanwendungen, die nicht im Verzeichnis nach § 139e SGB V gelistet sind, vom Versicherer in einer eigenen Liste als erstattungsfähig geführt werden.

Weitere Voraussetzung ist, dass die DiGA von einem Arzt oder Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet wurden. Die Aufwendungen für DiGA werden bis zu den Kosten für die Standardversion, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht die Notwendigkeit einer erweiterten Version schriftlich oder elektronisch begründet wurde, und je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software.

**Nicht erstattungsfähig** sind Kosten, die für die Nutzung der DiGA eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

### **3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung**

**Der Versicherer ersetzt tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 %.**

#### **a) Allgemeine Krankenhausleistungen**

Als Allgemeine Krankenhausleistungen gelten:

- der allgemeine Pflegesatz,
- die besonderen Pflegesätze und
- die Abrechnungssätze gemäß Bestimmungen zum Fallpauschalensystem (DRG).

Erstattet werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für medizinisch notwendige Aufenthalte.

#### **b) stationäre Transportkosten**

Erstattet werden medizinisch notwendige professionelle Kranken- und Rettungstransportkosten zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.

#### **c) Wahlleistungen**

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (einschl. der Kosten eines Telefon-

anschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechnete ärztliche und medizinische Leistungen (z. B. Chefarzt, Belegarzt sowie Beleghebamme/-entbindungspfleger).

Erstattet werden ärztliche Wahlleistungen für medizinisch notwendige stationäre Behandlungen im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens gemäß Nr. 1. a).

#### **d) Ersatz-Krankenhaustagegeld**

Bei Verzicht auf gesondert berechnete Unterkunft wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 40 € gezahlt. Werden keine gesondert berechneten ärztlichen Leistungen geltend gemacht, wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 € erstattet. Werden weder der Leistungsanspruch für gesondert berechnete Unterkunft noch gesondert berechnete ärztliche Leistungen geltend gemacht, wird ein Tagegeld von insgesamt 70 € geleistet.

Das Ersatz-Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (0 bis 24 Uhr) des medizinisch notwendigen und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes erstattet. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein Tag gewertet.

#### **e) Stationäre Psychotherapie**

Erstattet werden bei stationärer Psychotherapie die Aufwendungen nach Nr. 3. a) bis d) für bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr.

Erfolgt die stationäre Psychotherapie in einer Kooperationsklinik der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung, entfällt die Begrenzung auf 30 Behandlungstage. Die Zahlung eines Ersatz-Krankenhaustagegelds gemäß Nr. 3. d) ist auf 30 Tage begrenzt.

#### **f) gemischte Krankenanstalten**

Erstattet werden für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausaufenthalte die Leistungen der gemischten Krankenanstalten.

#### **g) Schwangerschaft und Entbindung**

Erstattet werden die unter Nr. 3. a) bis d) genannten Leistungen für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim.

Sofern eine Pauschale für das gesunde Neugeborene in Rechnung gestellt wird, sind diese Aufwendungen im Rahmen der Allgemeinen Krankenhausleistungen des bestehenden Versicherungsschutzes der Mutter erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des behandlungsbedürftigen Säuglings nach der Entbindung werden aus dessen Krankheitskostenversicherung erstattet.

#### **h) Mitaufnahme einer Begleitperson (Rooming-in)**

Ist im Rahmen eines stationären Aufenthaltes nach Nr. 3. a) die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, werden die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten einer Begleitperson erstattet.

#### **i) Stationäre Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie medizinische Rehabilitation**

Erstattet werden bei einer stationären Kurbehandlung/Sanatoriumsbehandlung bzw. medizinischen Rehabilitation in Deutschland die Kosten gemäß Nr. 2. h), sofern die dort genannten Merkmale einer Kur erfüllt sind.

Die Erstattung umfasst auch Vater/Mutter-Kind-Kuren, sofern für die zu behandelnden Personen jeweils medizinische Notwendigkeit und Versicherungsschutz besteht.

#### **j) stationäre Anschlussheilbehandlungen**

Erstattet werden die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen (AHB). Darüber hinaus wird im Anschluss an eine onkologische Akutbehandlung innerhalb der drei Folgejahre je eine onkologische Anschlussheilbehandlung pro Kalenderjahr übernommen.

Gezahlt werden die Aufwendungen nach Nr. 3. a) bis d), sofern die Maßnahme in Deutschland durchgeführt wird und sich an eine stationäre Krankenhausbehandlung unmittelbar anschließt.

Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die Maßnahme innerhalb von 28 Tagen beginnt, es sei denn die Einhaltung dieser Frist ist aus medizinischen Gründen (z. B. nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) nicht möglich.

Werden die genannten Maßnahmen in einer Kooperationsklinik der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung durchgeführt, wird je vollen Kalendertag (0 bis 24 Uhr) zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 10 € ausgezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein Tag gewertet.

Besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung aus der gesetzlichen Unfall- oder Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, einer gesetzlichen Heil- oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

#### **k) stationäre Entziehungsmaßnahmen**

Erstattet werden Entziehungsmaßnahmen unter den in § 5 (1.2) der AVB genannten Voraussetzungen gemäß Nr. 3. a). Ein Krankenhaus- oder Ersatzkrankenhaustagegeld wird nicht ausgezahlt.

#### **l) Hospizversorgung**

Erstattet werden die Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, in dem die palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, unter den Voraussetzungen und in Höhe der entsprechenden Regelungen der Beihilfevorschriften des Bundes in der jeweils gültigen Fassung (derzeit § 40 Abs. 2 BBhV). Weiterhin ist erforderlich, dass die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.

#### **m) längerer Krankenhausaufenthalt/Hospizversorgung**

Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen Krankenhaus-/Hospizaufenthaltes (gemäß Nr. 3. a) und l)) erfolgt eine Leistung in Höhe des tatsächlich für den Zeitraum zu zahlenden Beitrags der Krankheitskostenvollversicherung für die versicherte Person bis zum Ende dieses Krankenhaus-/Hospizaufenthaltes.

### **4. Erstattung bei zahnärztlicher Behandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie**

**Der Versicherer ersetzt tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den jeweils genannten Prozentsätzen.**

#### **a) Zahnbehandlung/Zahnvorsorge**

Als im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens erstattungsfähige Zahnbehandlungen gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, ferner Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie die mit den genannten Behandlungen in Zusammenhang stehende zahnärztliche Strahlendiagnostik sowie Heil- und Kostenpläne.

Darüber hinaus sind pro Kalenderjahr und versicherter Person neben den Aufwendungen für Zahnvorsorge (z. B. Individual-

prophylaxe) zweimal die Kosten für professionelle Zahnreinigung erstattungsfähig.

Erstattet werden die medizinisch notwendigen Leistungen gemäß Nr. 1. a) zu 100 %.

#### **b) Zahnersatz/Inlays**

Als Zahnersatz (Honorar sowie Material- und Laborkosten) gelten prothetische, implantologische (z. B. Implantate, Stützähne, Brücken) sowie augmentative Leistungen (z. B. Knochenaufbau), Versorgung mit Kronen (z. B. Voll- und Teilkronen, Onlays) jeder Art, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z. B. Entfernen von Zähnen, Wurzelbehandlungen oder Provisorien sowie die mit den genannten Behandlungen in Zusammenhang stehende zahnärztliche Strahlendiagnostik sowie Heil- und Kostenpläne.

Verblendungen bei Zahnersatz werden im Frontzahnbereich jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.

Zur Inlayversorgung (Honorar sowie Material- und Laborkosten) zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z. B. Wurzelbehandlung).

Erstattet werden die ärztlichen Honorarkosten gemäß Nr. 1. a) zu

- 80 %.

Erstattet werden die Material- und Laborkosten zu

- 80 %
- 90 %, wenn ein Kooperationspartner der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung in Anspruch genommen wird.

#### **Erstattungshöchstsätze:**

Bei der Erstattung dieser Aufwendungen werden maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu Grunde gelegt. Die Erstattungshöchstsätze sind im beigefügten Preis-/Leistungsverzeichnis (PLV) für zahntechnische Leistungen niedergelegt. Darüber hinaus sind im PLV auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z. B. Inlays oder Keramikronen, enthalten.

Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze der entsprechenden Positionen des PLV. Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, erfolgt eine Anpassung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL. Die jeweils aktuelle Fassung des PLV kann auch über [www.vrk.de](http://www.vrk.de) abgerufen werden.

#### **c) Kieferorthopädie**

Erstattet werden die Honorarkosten des Kieferorthopäden sowie die mit den genannten Behandlungen in Zusammenhang stehende zahnärztliche Strahlendiagnostik sowie Heil- und Kostenpläne gemäß Nr. 1. a) zu

- 80 %.

Erstattet werden die Material- und Laborkosten zu

- 80 %
- 90 %, wenn ein von der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird.

#### **Erstattungshöchstsätze:**

Es gelten die Erstattungshöchstsätze gemäß Nr. 4. b).

#### **d) Stationäre Zahnleistungen**

Für medizinisch notwendige stationäre Aufenthalte im Zusammenhang mit einer Zahnersatz-/Inlaymaßnahme werden die stationären Leistungen gemäß Nr. 3. a) bis d) nach den Erstattungsprozentsätzen und den Erstattungshöchstsätzen der Nr. 4. b) erstattet.

#### **e) Heil- und Kostenplan**

Wenn rechtzeitig vor Beginn der Behandlung bei Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie ein Heil- und Kostenplan eingereicht wird, informiert die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung über die Höhe der zu erwartenden Erstattung. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

#### **f) Besonderheiten in den ersten drei Versicherungsjahren**

Die Erstattungen für Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie sind pro versicherte Person im ersten Versicherungsjahr (siehe § 8 (2.1) der AVB) auf 1.000 €, in den ersten beiden Versicherungsjahren auf insgesamt 2.000 €, in den ersten drei Versicherungsjahren auf insgesamt 3.000 € begrenzt.

Die Begrenzungen entfallen

- ab dem vierten Versicherungsjahr,
- für solche Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme Schäden an der Biss- und Kaufunktion der Zähne verursacht werden.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

### **5. Erstattung von Aufwendungen während eines Auslandsaufenthaltes, Auslandsreiserücktransport und Überführungskosten**

#### **a) Leistungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt**

Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes gemäß § 1 (4) der AVB leistet der Versicherer im tariflichen Umfang, sofern die Inanspruchnahme der Versicherungsleistung im Ausland nicht alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt des Auslandsaufenthaltes war. In Erweiterung zu Nr. 1. a) werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstigen Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten zu Grunde gelegt. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Der Versicherer erbringt die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen, sofern im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

Für geplante Behandlungen im Ausland leistet der Versicherer nur in dem Umfang, der bei einer wohnortnahen medizinischen Behandlung in Deutschland entstanden wäre.

Ist eine adäquate Behandlung in Deutschland nicht möglich, leistet der Versicherer auch für gezielt im Ausland durchgeführte Behandlungen in den dort üblichen Kostenrahmen.

#### **b) Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland**

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes gemäß § 1 (5) AVB besteht Versicherungsschutz nach den im Aufenthaltsland üblichen Kostenrahmen.

Für Leistungen, die tarifgemäß nur in Deutschland erstattet werden, erfolgt eine Erstattung im Ausland begrenzt auf die Aufwen-

dungen, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland erstattet worden wären, sofern die Behandlung im Ausland nach deutschem Recht zulässig ist.

#### **c) Anrechnung von Leistungen Dritter**

Soweit im Versicherungsfall für Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind, ein Dritter leistungspflichtig ist, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt und unbeeinträchtigt. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schadenfall meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung, wird diese im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

#### **d) Auslandsreiserücktransport**

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (bis zu 2 Monaten) wird der medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus ausschließlich durch den Versicherer organisiert, wenn der Versicherte im Ausland akut und unvorhergesehen erkrankt oder im Ausland verunfallt. Dies gilt auch bei einer akuten und unvorhergesehenen Verschlechterung einer bereits bestehenden Erkrankung. Der Rücktransport wird auch organisiert, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde.

Sofern mit dem Versicherer eine Vereinbarung über einen über 2 Monate hinausgehenden Auslandsaufenthalt getroffen wurde (vgl. § 1 (4.1) der AVB), werden auch Auslandsrücktransporte – entsprechend dieser Regelung – bis zum vereinbarten Ende des Auslandsaufenthaltes organisiert.

Keine Leistungspflicht besteht, soweit der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde. Für den Rücktransport bietet die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung einen 24h-Kontakt an (siehe Nr. 6. a)).

#### **e) Überführung**

Wir übernehmen für die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 10.000 € Versicherungsleistung. Aufwendungen für die Bestattung einer versicherten Person im Ausland übernehmen wir bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

### **6. Serviceleistungen**

Die Telefonnummern der genannten Hotlines können unter [www.vrk.de](http://www.vrk.de) abgerufen oder in den Vertragsunterlagen eingesehen werden.

#### **a) 24h-Kontakt bei Auslandsreisen**

Bei Auslandsreisen stellt die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung einen 24h-Kontakt mit wichtigen Leistungen, wie z. B. Organisation von Auslandsrücktransporten, tarifliche Kostenübernahme bei Krankenhausaufhalten, Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten/Krankenhäusern, zur Verfügung. Der 24h-Kontakt ist im Ausland mit der jeweils gültigen Vorwahl für Deutschland unter 69 665533 erreichbar.

## b) Gebührenrechtliche Unterstützung

Bei Fragen zum Gebührenrecht bietet die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung Unterstützung bei Streitfragen und bei der Abwehr von ungerechtfertigten Ansprüchen. Auf Wunsch wird die Kommunikation mit den Leistungserbringern wie mit Ärzten oder Krankenhäusern übernommen.

## c) Spezialistensuche

Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung unterstützt auf Wunsch für Behandlungen im tariflichen Rahmen bei der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und Ärzten. Ist die Behandlung bei einem von der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung benannten Arzt nur zu Gebührensätzen möglich, die im Rahmen einer Honorarvereinbarung über den Höchstsätzen der Gebührenordnung geregelt werden, so werden diese übernommen.

## d) Hilfsmittelservice

Ab einem Rechnungsbetrag von 1.200 € kann die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung mit der Beschaffung des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner beauftragt werden. In diesem Fall sind die Rückholung, der Austausch und die Reparatur des Hilfsmittels sowie ein Notrufdienst durch den jeweiligen Kooperationspartner gewährleistet. Die Versorgung mit dem Hilfsmittel kann auch leihweise erfolgen. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich in diesem Fall gemäß Nr. 2. f) auf 100 %.

## e) Zweitmeinungsservice

Vor geplanten Operationen bzw. Behandlungen von schwerwiegenden Erkrankungen werden die Aufwendungen für eine Zweitmeinung eines spezialisierten Arztes erstattet, der auf Wunsch des Versicherten einen ärztlichen Rat erteilt, sofern dies durch die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung organisiert wird.

## 7. Optionsrechte, Elternzeit

### a) Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann für jede im Vertrag nach Tarif Premium versicherte Person verlangen, dass die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung in für das Neugeschäft geöffnete höherwertige Tarife umgestellt wird.

Die Umstellung kann nur zum 01.01. (erstmalig zum 01.01. des 6. Versicherungsjahres) erfolgen, wenn vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre (siehe § 8 (2.1) der AVB) lang ununterbrochen Versicherungsschutz im derzeitigen Tarif bestand. Wird diese Option nicht wahrgenommen, beginnt die 5-Jahres-Frist erneut.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- die versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im neuen Tarif
- und
- innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Umstellung bestand kein Beitragsverzug
- und
- der Versicherungsnehmer beantragt spätestens bis zum 31.10. vor dem Umstellungstermin den Tarifwechsel.

Diese Regelungen gelten im gleichen Maß für den Wechsel in eine andere Stufe des Tarifs Premium mit niedrigerem oder ohne Selbstbehalt.

Bei Optionsausübung werden bereits bestehende Sondervereinbarungen entsprechend übernommen.

Dieses Optionsrecht lässt die Rechte aus § 1 (6) der AVB unberührt.

Vorversicherungszeiten in Tarifen anderer privater Krankenversicherungsunternehmen werden beim Versichererwechsel zur Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung (erstmaliger Vertragsschluss mit dem Tarif Premium) auf die o.g. Versicherungsdauer von fünf Jahren nicht angerechnet. Gleiches gilt für Versicherungszeiten in einer bei der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung bestehenden Krankheitskostenteilversicherung (Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung), wenn diese Zusatzversicherung auf den Tarif Premium umgestellt wird.

Die Dauer von 5 ununterbrochenen Versicherungsjahren verlängert sich um die Zeiten, in denen der Tarif Premium als Anwartschaftsversicherung (z. B. auf Grund gesetzlicher Versicherungspflicht) oder mit den besonderen Bedingungen S für Ausbildungszeiten geführt wird. Das Optionsrecht kann dann zum nächsten 01.01. wahrgenommen werden, der auf die beschriebene Verlängerung folgt.

Für die Höhe der Beiträge ist jeweils das zum Zeitpunkt des Tarifwechsels erreichte Alter maßgebend. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

### b) Elternzeit

Wechseln die versicherten Personen auf Grund von Elternzeit gemäß des Bundeserziehungsgeldgesetzes (BERzGG) oder auf Grund von Bezug von Elterngeld in leistungsschwächere Krankheitskostenvollversicherungstarife, verpflichtet sich der Versicherer, einen Antrag auf Rückumstellung mit Wirkung zum Zeitpunkt des Wegfalls der Elternzeit bzw. des Elterngeldbezugs ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten anzunehmen. Der Antrag auf Rückumstellung muss spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Ende der Elternzeit bzw. des Bezugs von Elterngeld zum Ende der Elternzeit bzw. Ende des Bezugs von Elterngeld gestellt werden. Die Elternzeit bzw. die Dauer des Bezugs von Elterngeld ist dem Versicherer nachzuweisen.

Die Rechte aus § 1 (6) AVB bleiben hiervon unberührt.

Für die Höhe der Beiträge ist jeweils das zum Zeitpunkt des Tarifwechsels erreichte Alter maßgebend. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

## 8. Beitragsrückerstattung

Zur Beitragsrückerstattung werden die in der Bilanz hierfür zurückgestellten Mittel verwendet. Für die Bildung dieser Rückstellung, die Festlegung der berechtigten Tarife und die Höhe einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift sind die Grundsätze des Versicherungsaufsichtsgesetzes und die dazu erlassenen Rechtsverordnungen maßgebend, deren Einhaltung von der Aufsichtsbehörde überwacht wird.

Wird für die festgelegten Tarife eine Beitragsrückerstattung eingeräumt, so sind alle Personen teilnahmeberechtigt,

- die während des ganzen abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahres) nach diesen Tarifen versichert waren
- und
- für das abgelaufene Kalenderjahr weder Aufwendungen zur Erstattung noch zum Nachweis der Erbringung eines vereinbar-

ten Selbstbehalts vorgelegt haben (Werden für den maßgeblichen Zeitraum jedoch ausschließlich Aufwendungen für in § 1 (2) b) und (2.1) der AVB genannte Untersuchungen bzw. Zahnvorsorgemaßnahmen und professionelle Zahnreinigung gemäß Krankheitskostentarif Nr. 4. a) – auch im Rahmen eines etwaig bestehenden Selbstbehaltes – zur Erstattung vorgelegt, bleibt die Teilnahmeberechtigung bestehen.)

und

- während des abgelaufenen Kalenderjahres ohne Beitragsrückstand versichert waren

und

- bis 30. Juni des Folgejahres nach diesen Tarifen ohne Beitragsrückstand noch versichert sind.

Die Teilnahmeberechtigung bleibt auch dann erhalten, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahres durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung endet. Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann jedoch davon abhängig gemacht werden, dass die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinanderfolgende Kalenderjahre erfüllt sind.

Für die Jahre in denen – wenn auch nur vorübergehend – eine Anwartschaftsversicherung bzw. ein beitragsfreies Ruhen besteht oder bestand, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird im 2. Halbjahr des Folgejahres vorgenommen.

Die ausschließliche Verwendung der in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge zu Gunsten der Versicherten kann auch geschehen durch Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung). In diesen Fällen bestimmt der Vorstand den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.

Die Beteiligung der Versicherten an den Überschüssen erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

## 9. Monatsbeiträge

Bei Kindern und Jugendlichen gilt als tarifliches Eintrittsalter das tatsächliche Alter am Tag des Beginns der Versicherung.

Bei Erwachsenen gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr in dem der Versicherungsvertrag beginnt.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

## 10. Besondere Bedingungen S für Ausbildungszeiten nach Tarif Premium

- a) Versicherungsfähig nach diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die eine Ausbildung/Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben sowie deren nicht berufstätige Ehegatten oder deren Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

- b) In Erweiterung zu § 1 (4) AVB besteht auch im außereuropäischen Ausland bis zu 1 Jahr bzw. 2 Studiensemestern Versicherungsschutz.

- c) Abweichend von Nr. 2. h) und Nr. 3. i) besteht für ambulante und stationäre Kuren und Sanatoriumsaufenthalte und medizinische Rehabilitation kein Versicherungsschutz. Anschlussheilbehandlungen werden gemäß Nr. 2. i) und Nr. 3. j) der Krankheitskostentarife Premium erstattet.

- d) In den Beiträgen der Tarife nach den Besonderen Bedingungen ist nach den technischen Berechnungsgrundlagen kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung gemäß § 8 a (2) AVB vorgesehen.

- e) Die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen endet mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. das Studium endet oder um mehr als 6 Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahrs. Für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz außerdem ab Beginn des Monats, in dem dieser eine Berufstätigkeit aufnimmt.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von 2 Monaten seit seinem Eintritt in Textform anzuzeigen.

- f) Mit Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis nach den Besonderen Bedingungen. Der Versicherungsnehmer hat jedoch das Recht, die Versicherung ohne Besondere Bedingungen weiterzuführen, sofern die Umstellung innerhalb von 2 Monaten beantragt wird. Dabei erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Bestand vor dem Beginn der Besonderen Bedingungen eine Krankheitskostenversicherung, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine Alterungsrückstellung gebildet wurde, wird diese Alterungsrückstellung nach der Umstellung angerechnet.

- g) Besteht im Anschluss an die Ausbildung/Studium Arbeitslosigkeit, so ist für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens für 12 Monate und längstens bis zur Vollendung des 39. Lebensjahrs, die Fortführung der Krankenversicherung nach den Besonderen Bedingungen möglich. Die Arbeitslosigkeit ist innerhalb von 2 Monaten anzuzeigen. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist innerhalb eines Monats mitzuteilen.

- h) Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch den Zusatz »S« ergänzt (Tarife Premium0S, Premium1S und Premium2S).

## 11. Monatsbeiträge für Verträge nach den Besonderen Bedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif Premium

In den Beiträgen dieses Tarifs ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung gemäß § 8 a (2) AVB vorgesehen.

Der Erst- sowie die Folgebeiträge werden anhand folgender Altersgruppen ermittelt:

18 – 20 Jahre

21 – 25 Jahre

26 – 30 Jahre

31 – 33 Jahre

34 – 38 Jahre

Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Altersgruppe erreicht, ist vom darauf folgenden Monatsersten an der dann gültige Beitrag zu zahlen.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.