

Krankheitskostenvollversicherung Teil III

Krankheitskostenvollversicherungstarife für Beihilfeberechtigte B, B501, BFAM, B2, B2501, B2FAM und für Beihilfeberechtigte in Ausbildung BAK, BAKFAM, BAR und BARFAM

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 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, Hebammenhilfegebührenverordnung 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.

b) Selbstbehalt und Erstattungsprozentsätze

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

Tarif B, B501, BFAM	0 €
Tarif B2, B2501, B2FAM	600 €
Tarif BAK, BAKFAM	0 €
Tarif BAR, BARFAM	0 €

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den jeweils versicherten Erstattungsprozentsätzen. Der Erstattungsprozentsatz wird im Versicherungsschein ausgewiesen. Die Leistungen aus diesem Tarif (einschließlich Selbstbehalt) dürfen zusammen mit der Erstattung der Beihilfe 100 % der Aufwendungen nicht überschreiten. Andernfalls mindert sich der Anspruch auf die tarifliche Leistung der Krankheitskostenvollversicherung entsprechend.

Der Selbstbehalt von 600 € bezieht sich auf einen fiktiven Erstattungsprozentsatz von 100 % pro Person und Kalenderjahr. Bei Vereinbarung eines niedrigeren Erstattungsprozent-

satzes reduziert sich der Selbstbehalt entsprechend. Bei einem Erstattungsprozentsatz von 50 % beispielsweise beträgt der Selbstbehalt 300 € pro Kalenderjahr.

Sind unterschiedliche ambulante und stationäre Erstattungsprozentsätze vereinbart, so wird für die Ermittlung des Selbstbehalts der ambulante Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

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 Selbstbehalt. 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.

Im Tarif B501 bzw. B2501 sind Beihilfeberechtigte versicherungsfähig, deren Beihilfebemessungssatz sich nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften bei Erhalt von Versorgungsbezügen um 20 % erhöht. Die Versicherung nach Tarif B501 bzw. B2501 wird bei Eintritt des Versorgungsfalles in den Tarif B bzw. B2 mit 30 % Erstattungsprozentsatz umgestellt.

Sieht die zu Grunde liegende Beihilfavorschrift im Versorgungsfalle keinen 70 %igen Erstattungsprozentsatz vor, dann ist von vornherein an Stelle des Tarifs B501 bzw. B2501 der Tarif B bzw. B2 mit 50 % Erstattungsprozentsatz zu versichern.

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.

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 den jeweiligen versicherten Erstattungsprozentsätzen.

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 nächsterreichbaren 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:

- Notfallkranken Transporte zum nächst erreichbaren 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 wird ein Kilometersatz zu Grunde gelegt, 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, Elektrophysiotherapie 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 abgerufen werden.

f) Hilfsmittel

Erstattet werden 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.

Ab einem Rechnungsbetrag von 1.200 € kann der Versicherer mit der Vermittlung von Hilfsmitteln (siehe Nr. 6. d) Hilfsmittelservice) beauftragt werden.

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 Hörhilfe 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. Beispiel: Bei einem Rechnungsbetrag von 200 € sind demnach 100 € auf Grund des Abzuges des Eigenanteils erstattungsfähig. Davon werden bei einem versicherten Erstattungsprozentsatz von 50 % 50 € geleistet.

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 therapeutischen 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 ausgehend von einem Rechnungsbetrag von maximal 600 € 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 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 ausgehend von 50 € zum versicherten Erstattungsprozentsatz bis zu einer Dauer von maximal 35 Tagen gezahlt.

Ein erneuter Leistungsanspruch für ambulante und/oder stationäre Kuren bzw. medizinische Rehabilitationen 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 gemäß Nr. 1. a) Aufwendungen für eine medizinisch notwendige ambulante Psychotherapie. 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 Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland handelt.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Impfungen aufgrund von Auslandsreisen.

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 zu einem Rechnungsbetrag von 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 ausgehend von 500 € zum versicherten Erstattungsprozentsatz 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 intracytoplasmatischen 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 aufwendige 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, 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 Leis-

tungserbringer 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 ausgehend von einem Rechnungsbetrag bis zum Stundensatz in der jeweiligen Fassung des JVEG (Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz).

r) Haushaltshilfe

Erstattet werden 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 Entziehungmaßnahmen

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 zu einem Gesamtbetrag von insgesamt 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) 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 den jeweiligen versicherten Erstattungsprozentsätzen.

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.

Aufwendungen für einen Belegarzt sowie Beleghebamme/-entbindungspfleger gelten als allgemeine Krankenhausleistung, sofern keine Wahlleistungsvereinbarung geschlossen wurde.

Bei Behandlungen in Privatkliniken sind die Kosten nur bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie bei entsprechenden Leistungen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung (z.B. nächstliegende Universitätsklinik) angefallen wären. Sollte die Beihilfe mehr als die Leistungen eines Krankenhauses der Maximalversorgung übernehmen, legt auch die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung den von der Beihilfe anerkannten Betrag zu Grunde.

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 Zweibettzimmer (einschl. der Kosten eines Telefonanschlusses 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).

Ein Anspruch auf Wahlleistungen besteht nicht, wenn gemäß Nr. 7. b) darauf verzichtet wird. Aufwendungen für Belegarzt sowie Beleghebamme/-entbindungspfleger gelten dann als Wahlleistung, wenn eine Wahlleistungsvereinbarung geschlossen wurde.

d) Ersatz-Krankenhaustagegeld

Sofern das Krankenhaus berechtigt ist, gesonderte Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer zu berechnen und die versicherte Person auf die Geltendmachung verzichtet, wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld ausgehend von 20 € zum tariflichen Erstattungsprozentsatz gezahlt. Werden keine gesondert berechneten ärztlichen Leistungen geltend gemacht, wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld ausgehend von 30 € zum tariflichen Erstattungsprozentsatz erstattet.

Werden weder der Leistungsanspruch für gesondert berechnete Unterkunft noch gesondert berechnete ärztliche Leistungen geltend gemacht, wird ein Tagegeld ausgehend von insgesamt 50 € zum tariflichen Erstattungsprozentsatz geleistet.

Beispiel: versicherter Erstattungsprozentsatz von 50 %:

Verzicht auf Zweibettzimmer = 10 €

Verzicht auf wahlärztliche Behandlung = 15 €

Verzicht auf Wahlleistungen im Krankenhaus = 25 €

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.

Ein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld besteht nicht, wenn gemäß Nr. 7. b) auf Wahlleistungen verzichtet wird.

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, ent-

fällt die Begrenzung auf 30 Behandlungstage. Die Zahlung eines Ersatzkrankenhaustagegelds gemäß Nr. 3. d) ist auf 30 Tage begrenzt.

f) gemischte Krankenanstalten

Erstattet werden für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausaufenthalte die Leistungen der gemischten Krankenanstalten gemäß Nr. 3. a) bis e).

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 Entbindungshaus.

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 bzw. medizinischen Rehabilitation 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 ausgehend von 10 € zum versicherten Erstattungsprozentsatz 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 ausbezahlt.

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 jeweiligen versicherten Erstattungsprozentsätzen.

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. Individualprophylaxe), zweimal die Kosten für professionelle Zahnreinigung erstattungsfähig.

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

b) Zahnersatz/Inlays

Als Zahnersatz (Honorar sowie Material- und Laborkosten) gelten prothetische, implantologische (z.B. Implantate, Stiftzähne, 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 im 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) und die Material- und Laborkosten.

Erstattungshöchstsätze:

Bei der Erstattung dieser Aufwendungen werden maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungs-

verzeichnisses 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 Keramikkrone, 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 abgerufen werden.

c) Kieferorthopädie

Erstattet werden die Honorarkosten des Kieferorthopäden gemäß Nr. 1. a) und die Material- und Laborkosten sowie die im Zusammenhang stehende zahnärztliche Strahlendiagnostik sowie Heil- und Kostenpläne.

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 des fehlenden Heil- und Kostenplans erfolgt nicht.

5. Erstattung von Aufwendungen während eines Auslandsaufenthaltes

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) der 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 Aufwendungen, 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.

6. Serviceleistungen

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 Krankenhausaufenthalten, 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 6655533 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.

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 ist 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.

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. Änderungen des Beihilfebemessungssatzes und Ausschluss von Wahlleistungen

a) Änderungen des Beihilfebemessungssatzes

Bei Änderungen des Beihilfebemessungssatzes gelten folgende Regelungen:

Erhöht sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Herabsetzung des Versicherungsschutzes. Wird der Antrag spätestens 6 Monate nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes gestellt, so kann die Herabsetzung des Versicherungsschutzes mit Wirkung zu dem Tag, an dem sich der Beihilfebemessungssatz ändert, beantragt werden. Diese Herabsetzung gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle. Wird der Antrag später als 6 Monate nach Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes gestellt oder erlangt der Versicherer von einer Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes Kenntnis, ohne dass ein Antrag gemäß Satz 1 vorliegt, erfolgt die entsprechende Herabsetzung des Versicherungsschutzes auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle mit Wirkung vom Beginn des folgenden Monats nach Kenntnis bzw. nach Eingang des Antrages beim Versicherer.

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Risikoprüfung auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt. Der Versicherungsschutz kann nur soweit erhöht werden, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfebemessungssatzes ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist.

Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zu dem Tag, an dem sich der Beihilfebemessungssatz ändert, beantragt und wirksam werden. Der entsprechende Antrag muss spätestens 6 Monate nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes gestellt werden. Die Änderung des Beihilfebemessungssatzes ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

b) Ausschluss von Wahlleistungen

Der Versicherungsnehmer kann für die versicherten Personen beantragen, dass auf die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen gemäß Nr. 3. c) sowie auf die ersatzweise Inanspruchnahme von Krankenhaustagegeld gemäß Nr. 3. d) verzichtet wird. Der Tarifbeitrag ermäßigt sich entsprechend. Die Höhe der Ermäßigung ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

Sieht die zu Grunde liegende Beihilfavorschrift generell keine Wahlleistungen vor, so kann die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen durch den Abschluss eines entsprechenden Beihilfeergänzungstarifs vorbehaltlich einer Risikoprüfung versichert werden.

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 vereinbarten 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.

Versicherte, die nach den Besonderen Bedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif BAK, BAKFAM, BAR und BARFAM (siehe Nr. 10 und Nr. 11.) versichert sind, erhalten auch dann Beitragsrückerstattung, wenn sie nicht während des ganzen abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahres) versichert waren.

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.

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten

10. Tarif BAK und BAKFAM

10.1 Allgemeines

a) Aufnahmefähig sind

- Personen mit Anspruch auf Beihilfe, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen (Beamtenanwärter und Referendare),
- nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der o.g. Personen, sofern sie weder selbst beihilfeberechtigt sind, noch Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben.

b) Die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen endet für den Anspruchsberechtigten mit Ablauf des Monats, in dem

- die Ausbildung endet,
- die Ausbildung vorzeitig aufgegeben wird bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen ist,
- der Anspruch auf Beihilfe wegfällt,
- das 39. Lebensjahr vollendet wird.

c) Die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen endet für den Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz mit Ablauf des Monats, in dem

- eine Berufstätigkeit aufgenommen wird,
- Anspruch auf Leistungen einer GKV erlangt werden,
- ein eigener Beihilfeanspruch besteht,
- das 39. Lebensjahr vollendet wird,
- der Beihilfeanspruch entfällt,
- die Voraussetzungen des anspruchsberechtigten Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz wegfallen.

d) Endet die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen, erfolgt zum Ersten des Folgemonats eine Umstellung auf die Tarife für Beihilfeberechtigte. Der Erstattungsprozentsatz entspricht dem des bisherigen Versicherungsschutzes. Ändert sich mit der Beendigung der Beihilfebemessungssatz, gelten die Regelungen nach Nr. 10. f) dieser Bedingungen.

e) Die unter Nr.10. b) und c) genannten Beendigungsgründe müssen vom Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Monaten seit deren Eintritt in Textform angezeigt werden. Wird diese Frist nicht eingehalten, erfolgt die Umstellung des Versicherungsschutzes in die Tarife für Beihilfeberechtigte, die den Erstattungsprozentsätzen des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechen, rückwirkend zu dem in Nr. 10. d) Satz 1 genannten Termin. Eine durch rückwirkende Umstellung auftretende Beitragsdifferenz ist vom Versicherer zurück- bzw. vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.

f) Der Beitrag nach der Umstellung richtet sich nach dem Eintrittsalter, das zum Umstellungstermin erreicht ist. Bestand vor der Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte in Ausbildung eine Krankheitskostenversicherung, für die Alterungsrückstellungen gebildet wurden, werden diese nach der Umstellung angerechnet. Dies erfolgt nach den Grundsätzen der technischen Berechnungsgrundlagen.

g) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen zum Umstellungstermin zu kündigen. Die Kündigung kann nur innerhalb von 2 Monaten seit Durchführung der Umstellung erfolgen.

10.2 Leistungsversprechen der Tarife BAK und BAKFAM

Es gilt das Leistungsversprechen der Krankheitskostenvollversicherungstarife für Beihilfeberechtigte.

11. Tarif BAR und BARFAM

11.1 Allgemeines

a) Aufnahmefähig sind

- Personen mit Anspruch auf Beihilfe, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen (Beamtenanwärter und Referendare),
- nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der o.g. Personen, sofern sie weder selbst beihilfeberechtigt sind, noch Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben,
- Personen, die studieren und Anspruch auf Beihilfe über einen Elternteil oder Ehegatten haben.

b) Die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen endet für den Anspruchsberechtigten mit Ablauf des Monats, in dem

- die Ausbildung oder das Studium endet,
- die Ausbildung oder das Studium vorzeitig aufgegeben wird bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen ist,
- der Anspruch auf Beihilfe wegfällt,
- das 39. Lebensjahr vollendet wird.

c) Die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen endet für den Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz mit Ablauf des Monats, in dem

- eine Berufstätigkeit aufgenommen wird,
- Anspruch auf Leistungen einer GKV erlangt werden,
- ein eigener Beihilfeanspruch besteht,
- das 39. Lebensjahr vollendet wird,
- der Beihilfeanspruch entfällt,
- die Voraussetzungen des anspruchsberechtigten Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz wegfallen.

d) Endet die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen, erfolgt zum Ersten des Folgemonats eine Umstellung auf die Tarife für Beihilfeberechtigte. Der Erstattungsprozentsatz entspricht dem des bisherigen Versicherungsschutzes. Ändert sich mit der Beendigung der Beihilfebemessungssatz, gelten die Regelungen nach Nr. 11. f) dieser Bedingungen.

e) Die unter Nr. 11. b) und c) genannten Beendigungsgründe müssen vom Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Monaten seit deren Eintritt in Textform angezeigt werden. Wird diese Frist nicht eingehalten, erfolgt die Umstellung des Versicherungsschutzes in die Tarife für Beihilfeberechtigte, die den Erstattungsprozentsätzen des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechen, rückwirkend zu dem in Nr. 11. d) Satz 1 genannten Termin. Eine durch rückwirkende Umstellung

auf tretende Beitragsdifferenz ist vom Versicherer zurück- bzw. vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.

- f) Der Beitrag nach der Umstellung richtet sich nach dem Eintrittsalter, das zum Umstellungstermin erreicht ist. Bestand vor der Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte in Ausbildung eine Krankheitskostenversicherung für die Alterungsrückstellungen gebildet wurden, werden diese nach der Umstellung angerechnet. Dies erfolgt nach den Grundsätzen der technischen Berechnungsgrundlagen.
- g) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen zum Umstellungstermin zu kündigen. Die Kündigung kann nur innerhalb von 2 Monaten seit Durchführung der Umstellung erfolgen.

11.2 Besonderheiten im Leistungsversprechen der Tarife BAR und BARFAM

- a) Erstattet werden die Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Leistungen gemäß Nr. 1. a) zu 100 % im tariflichen Umfang, wenn für die Erstbehandlung
- ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt,
 - ein Facharzt für Frauenheilkunde,
 - ein Facharzt für Augenerkrankungen,
 - ein Facharzt für Kindererkrankungen,
 - ein Notarzt,
 - ein Bereitschaftsarzt,
 - ein Kooperationspartner der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung in Anspruch genommen wird.

Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung oder eine Überweisung zu belegen.

Ansonsten werden die erstattungsfähigen Aufwendungen der Erst- und Folgebehandlung zu 80 % im tariflichen Umfang erstattet.

Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen wird bei medizinischer Notwendigkeit Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächst erreichbaren Arztes erstattet.

- b) Für Zahnersatz, Kronen, Inlays und Onlays sind die erstattungsfähigen Aufwendungen pro versicherte Person im ersten Versicherungsjahr (siehe § 8 (2.1) der AVB) auf 500 €, in den

ersten beiden Versicherungsjahren auf insgesamt 1.000 € und in den ersten 3 Versicherungsjahren auf insgesamt 1.500 € begrenzt. Bei der Errechnung der Versicherungsleistung wird höchstens von diesen Rechnungsbeträgen ausgegangen.

Beispiel:

Bei einem versicherten Erstattungsprozentsatz von 50 % werden im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 € erstattet, in den ersten beiden Versicherungsjahren höchstens 500 € und in den ersten drei Versicherungsjahren höchstens 750 €.

Diese Betragsbegrenzungen 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.

- c) **Nicht erstattet** werden Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen.

12. Monatsbeiträge für Verträge nach den Besonderen Bedingungen für Ausbildungszeiten nach den Tarifen BAK, BAKFAM, BAR und BARFAM

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:

16 – 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.