

Unsere Leistungen auf einen Blick Mitgliedergruppen A und E (A)

Mit den Leistungen aus unserer Grundversicherung erhalten Sie für sich und Ihre mitversicherten Angehörigen einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Die nachstehende Übersicht gibt Ihnen einen allgemeinen Überblick über unsere Leistungen. Diese Leistungen gewähren wir Ihnen überwiegend als sogenannte Sach- und Dienstleistungen. Das bedeutet: Ihre Leistungserbringer – beispielsweise Arztpraxen, Therapeuten und Apotheken – rechnen in der Regel direkt mit uns ab, oftmals ganz einfach und bequem über Ihre Krankenversichertenkarte. Sie erhalten daher keine Rechnungen.

Unsere Leistungen

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	Legen Sie Ihre Versichertenkarte in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis vor. Ihre Ärzte und Ihre Psychotherapeuten rechnen direkt mit uns ab.
Arznei- und Verbandmittel	<p>Vertragsärzte stellen Ihnen ein rosafarbenes Kassenrezept aus. Legen Sie dieses Kassenrezept in Ihrer Apotheke vor, um Ihre verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu erhalten.</p> <p>Bei Verordnungen von Zahnärzten erhalten Sie ein Privat Rezept. Daher müssen Sie in Apotheken zunächst selbst die Kosten für Ihre verschreibungspflichtigen Arzneimittel auslegen. Bitte reichen Sie uns anschließend Ihr Privat Rezept und die Apothekenrechnung mit einem Leistungsantrag ein – wir erstatten dann Ihre Kosten. Bitte beachten Sie: Für Arzneimittel, die einen Festbetrag haben, müssen Sie die über den Festbetrag hinausgehenden Beträge selbst bezahlen.</p> <p>Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 Prozent Ihrer Kosten. Dies sind mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro – jedoch niemals mehr als Ihre tatsächlichen Kosten.</p>
Behandlung im Ausland	Leistungen beantragen Sie – unter Vorlage Ihrer Belege – mit einem Leistungsantrag bei uns. Wir erstatten Ihnen grundsätzlich die notwendigen Kosten nach der Leistungsordnung B. Wir empfehlen Ihnen unsere Auslandsreisekrankenversicherung AKV-Stufe abzuschließen.
Familien- und Haushaltshilfe	<p>Leistungen für eine Familien- und Haushaltshilfe beantragen Sie – unter Vorlage Ihrer Belege – mit einem Leistungsantrag bei uns. Für eine Familien- und Haushaltshilfe erstatten wir Ihnen maximal 10 Euro pro Stunde und maximal 8 Stunden pro Tag – das heißt bis zu 80 Euro täglich. Zusätzlich übernehmen wir die entstandenen Fahrtkosten Ihrer Familien- und Haushaltshilfe.</p> <p>Übernehmen nahe Angehörige wie Ihr Ehepartner, Ihr eingetragener Lebenspartner, Ihre Eltern oder Ihre Kinder die Aufgaben einer Familien- und Haushaltshilfe, erstatten wir deren Aufwendungen für entstandene Fahrtkosten und gegebenenfalls ausgefallene Arbeitseinkünfte.</p> <p>Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt je Kalendertag 10 Prozent Ihrer Kosten. Dies sind mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro – jedoch niemals mehr als Ihre tatsächlichen Kosten.</p>

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
<p>Fahrtkosten</p> <p>Hinweis: gilt nicht bei Fahrten zur Rehabilitation</p>	<p>Um Ihre Fahrkosten zu erstatten, benötigen wir grundsätzlich für jede einzelne Fahrt eine ärztliche Verordnung. Ausnahme: Bei Rettungstransporten ist keine Verordnung erforderlich. Bitte beachten Sie: Sämtliche Fahrten müssen aufgrund einer Krankheit beziehungsweise aus medizinischen Gründen notwendig sein. Bitte weisen Sie Ihren medizinischen Grund mit einer ärztlichen Verordnung nach.</p> <p>Fahrtkosten im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen, vor- oder nachstationären Behandlungen, ambulanten Operationen oder anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus übernehmen wir bis zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort.</p> <p>Fahrten zu ambulanten Krankenbehandlungen erkennen wir in Ausnahmefällen an. Wichtig: Hierfür benötigen Sie vorab eine Genehmigung von uns.</p> <p>Sind die oben genannten Voraussetzungen gegeben, erstatten wir Ihnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fahrten mit dem privaten Auto: 0,20 Euro je km (höchstens jedoch insgesamt 130 Euro für die Hin- und Rückfahrt) ▪ Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln: die Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel ▪ Fahrten mit Taxi oder Mietwagen: bei zwingenden medizinischen Gründen die notwendigen Kosten. Für diese Gründe benötigen wir eine ärztliche Bestätigung. ▪ Rettungsfahrten und Krankentransporte: die nach dem jeweiligen Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge <p>Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 Prozent Ihrer Kosten. Dies sind mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro – jedoch niemals mehr als Ihre tatsächlichen Kosten.</p> <p>Nähere Informationen erhalten Sie in unserer Broschüre „Fahrtkosten“.</p>
<p>Heilmittel beispielsweise Massagen, Krankengymnastik oder Sprachtherapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Um Ihre Kosten zu übernehmen, benötigen wir eine Verordnung eines Vertragsarztes – also von einem Arzt, der auch für gesetzlich Versicherte zugelassen ist. ▪ Ihr Leistungserbringer muss über eine Zulassung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Ersatzkassen verfügen. <p>Mit folgenden Leistungserbringern haben wir Verträge geschlossen, so dass Ihre Kosten direkt über Ihre Krankenversichertenkarte mit uns abgerechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Physiotherapeuten ▪ Podologen ▪ Ergotherapeuten <p>Keine Verträge bestehen hingegen mit Logopäden. Leistungen können in diesem Bereich direkt mit uns abgerechnet werden, wenn es sich dabei um ortsübliche Kassensätze der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Für außervertragliche Leistungen – wie beispielsweise Fußreflexzonen-therapie – gelten dieselben Regelungen wie für Mitgliedergruppe B.</p> <p>Zuzahlungen oder Eigenbehalte brauchen Sie für Heilmittel nicht zu leisten.</p>
<p>Heilpraktiker</p>	<p>Für die Inanspruchnahme eines Heilpraktikers können wir Ihnen keine Kassenleistungen erstatten.</p>

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Hilfsmittel allgemein beispielsweise Rollator, Perücke oder Badelifter	<p>Wir erstatten Ihnen grundsätzlich Hilfsmittel, die Ihnen ärztlich verordnet wurden – also Hilfsmittel, die medizinisch notwendig und wirtschaftlich angemessen sind.</p> <p>Für Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind und mehr als 150 Euro kosten, benötigen Sie vor der Anschaffung unsere Genehmigung. Senden Sie uns hierzu Ihre ärztliche Verordnung zu. Wichtiger Hinweis: Falls Sie das Hilfsmittel ohne vorherige Genehmigung selbst beschaffen, können Ihnen Selbstbehalte entstehen.</p> <p>Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 Prozent Ihrer Kosten. Dies sind mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro – jedoch niemals mehr als Ihre tatsächlichen Kosten. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt Ihre Zuzahlung 10 Prozent der Kosten, jedoch höchstens 10 Euro für Ihren Monatsbedarf. Nähere Informationen erhalten Sie in unserem Ratgeber „Hilfsmittel“</p>
Hörgeräte	<p>Für Hörgeräte erstatten wir Ihnen grundsätzlich bis 1.500 Euro inklusive Zubehör je Ohr. Wir empfehlen Ihnen für Hörgeräte unsere Zusatzversicherung ISH abzuschließen.</p>
Brillengläser und Kontaktlinsen	<p>Leistungen für Brillengläser und Kontaktlinsen beantragen Sie – unter Vorlage Ihrer Belege – mit einem Leistungsantrag. Aufwendungen für Sehhilfen erkennen wir wie folgt an:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Brillengläser bis zu den Höchstsätzen der Anlage 11 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) ▪ Kontaktlinsen bei Erfüllung der Voraussetzungen nach der Anlage 11 der BBhV <p>Unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen wir Ihre Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen, die zur Behandlung einer Augenverletzung oder einer Augenerkrankung dienen. Hierfür benötigen wir eine augenärztliche Verordnung, in der die Augenerkrankung oder die Augenverletzung aufgeführt wird.</p> <p>Wir empfehlen für Sehhilfen unsere Zusatzversicherungen Ergänzungsstufe Schritt 1 und Schritt 2 und die ISH-Stufe abzuschließen.</p>
Häusliche Krankenpflege	<p>Für häusliche Krankenpflege übernehmen wir Ihre notwendigen Kosten bis zur Höhe der ortsüblichen Sätze der öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger. Diese Leistungen rechnet Ihr Leistungserbringer im Regelfall direkt mit uns ab.</p> <p>Die Dauer der häuslichen Krankenpflege ist grundsätzlich auf 4 Wochen beschränkt. Für einen längeren Zeitraum benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung.</p> <p>Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Dies sind 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage im Kalenderjahr und 10 je Verordnung.</p>

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Krankenhausleistungen	<p>Wir erkennen grundsätzlich die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen an. Diese werden im Regelfall von Ihrem Krankenhaus direkt mit uns abgerechnet.</p> <p>Für sogenannte Wahlleistungen – Unterbringung im Zweibettzimmer oder Chefarztbehandlung – erstatten wir keine Kassenleistungen.</p> <p>Sollten Sie belegärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, beachten Sie bitte, dass diese Leistungen mit dem Leistungserbringer direkt über Ihre Krankenversicherungskarte abgerechnet werden. Rechnungen von Belegärzten können wir nicht erstatten.</p> <p>Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Dies sind für jeden Krankenhaustag 10 Euro, jedoch höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr.</p> <p>Generell empfehlen wir Ihnen unsere Zusatzversicherung abzuschließen.</p>
Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	<p>Ist aufgrund einer schweren Krankheit oder einer Verschlimmerung einer Krankheit eine Pflege zuhause vorübergehend nicht möglich, erstatten wir Ihnen Leistungen für eine Kurzzeitpflege. Pro Kalenderjahr erkennen wir bis zu 8 Wochen Kurzzeitpflege an. Hierbei erstatten wir insgesamt höchstens 1.774 Euro im Jahr.</p>
Organspende	<p>Falls Sie selbst Organspender sind, werden Ihre Kosten von der Krankenversicherung des Organempfängers getragen. Sind wir erstattungspflichtig, so sind folgende Kosten erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ stationäre Krankenhausbehandlung, ▪ ärztliche Leistungen, ▪ Arznei- und Verbandmittel, ▪ Heilmittel, ▪ Rehabilitation, ▪ Familien- und Haushaltshilfe, ▪ Fahrtkosten, ▪ Unterkunft bei auswärtiger ambulanter Behandlung sowie der nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. <p>Für Organempfänger sind folgende pauschale Kosten erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vermittlungspflichtige Organe, ▪ Registrierungspauschale bei Eurotransplant, ▪ Aufwendungen für die Registrierung sowie ▪ die Leistungen des Zentralen Knochenmarkspenderregisters.
Palliativversorgung	<p>Ihre Aufwendungen erkennen wir bis zur Höhe der Vergütungen an, die auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Hierfür benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung.</p>
Rehabilitation Anschlussheilbehandlung, Entwöhnungsbehandlungen, psychische und psychosomatische Erkrankungen, Mutter-Kind- und Vater-Kind-Kuren	<p>Wir erstatten den pauschalen Tagespflegesatz, der mit den gesetzlichen Sozialleistungsträgern vereinbart ist.</p> <p>Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Dies sind 10 Euro täglich, insgesamt für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr.</p>

Leistungsart	Welche Leistungen erhalte ich?
Stationäre Rehabilitation in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen	Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen, erkennen wir grundsätzlich an. Bitte beachten Sie, dass Sie hierfür unsere vorherige Genehmigung benötigen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für Unterkunft, Verpflegung und Pflege ist pro Tag ein Betrag in Höhe von 15,34 EUR erstattungsfähig. ▪ Ärztliche Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel erkennen wir bis zur Höhe der Leistungsordnung B an. ▪ Ihre Behandlung genehmigen wir Ihnen grundsätzlich für höchstens 21 Tage. ▪ Für die An- und Abreise erstatten wir Ihnen Fahrtkosten in Höhe von 0,20 Euro je Kilometer – insgesamt höchstens bis zu 200,00 Euro. Bis Sie Ihre Belastungsgrenze erreichen, haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Dies sind 10,00 Euro je Kalendertag entsprechend Ihrem Beihilfemessungssatz.
Ambulante Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung	Hier ist der pauschale Tagessatz erstattungsfähig, der mit den gesetzlichen Sozialleistungsträgern vereinbart wurde.
Ambulante Rehabilitation in einem anerkannten Kurort	Aktiv beschäftigte Personen, die in einem beamtenrechtlichen Dienst- oder Arbeitsverhältnis stehen, erhalten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege täglich einen Betrag in Höhe von bis zu 16,00 Euro. Ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Verband- und Heilmittel erkennen wir bis zur Höhe der Leistungsordnung B an. Ihre Behandlung genehmigen wir Ihnen für höchstens 21 Tage. Für die An- und Abreise erstatten wir Ihnen Fahrtkosten in Höhe von 0,20 Euro je Kilometer – insgesamt höchstens bis zu 200 Euro. Bitte beachten Sie: Diese Reha-Maßnahme gilt nicht für Versorgungsempfänger
Schwangerschaft und Geburt	Wir erkennen Ihre notwendigen Kosten für Hebammen, für ärztliche Leistungen und Krankenhausleistungen an, die im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt anfallen.
Todesfälle	Wir erstatten die medizinischen Behandlungen bis zum Tode des verstorbenen Mitglieds beziehungsweise des verstorbenen mitversicherten Angehörigen.
Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsuntersuchungen und Schutzimpfungen	Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsuntersuchungen und Schutzimpfungen erhalten Sie bei Vorlage Ihrer Krankenversichertenkarte als sogenannte Sach- und Dienstleistung. Ihr Arzt rechnet direkt mit uns ab. Den genauen Umfang der Leistungen entnehmen Sie bitte unserem Ratgeber „Früherkennungsmaßnahmen und Schutzimpfungen“.
Zahnärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen beantragen Sie – unter Vorlage Ihrer Belege – mit einem Leistungsantrag. Leistungen erkennen wir im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) an. Im Allgemeinen genehmigen wir Leistungen bis zum 2,3-fachen Satz. In besonders begründeten Ausnahmefällen übernehmen wir Leistungen bis zum 3,5-fachen Satz der GOZ. Notwendige Material- und Laborkosten bei Zahnersatz sind zu 60 Prozent erstattungsfähig. Wir empfehlen Ihnen für zahnärztliche Leistungen unsere Zusatzversicherungen Ergänzungsstufe Schritt 1 und Schritt 2 und die ISH-Stufe abzuschließen.

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