

POSTBEAMTENKRANKENKASSE

Satzung

Verfassung und Verwaltung | Grundversicherung | Zusatzversicherung | Ergänzungsversicherung
Finanz- und Rechnungswesen | Allgemeine Bestimmungen | Anhänge | Beschlüsse | Leistungsordnungen

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
I. Kapitel: Verfassung und Verwaltung	7
§ 1 Rechtsform, Zweck, Aufgaben und Sitz	7
§ 2 Verwaltungsrat.....	7
§ 3 Vorsitz im Verwaltungsrat	9
§ 4 Aufgaben des Verwaltungsrats	9
§ 5 Beschlussfassung im Verwaltungsrat	10
§ 6 Vorstand	11
§ 7 Aufgaben des Vorstands	12
§ 8 Auskunfts- und Berichtspflichten des Vorstands	12
§ 9 (derzeit nicht belegt)	13
§ 10 Organisation	13
§ 11 (derzeit nicht belegt)	13
II. Kapitel: Grundversicherung	14
1. Abschnitt: Mitgliedschaft und Mitversicherung	14
§ 12 Mitgliedschaft	14
§ 13 Beginn der Mitgliedschaft	14
§ 14 Wechsel der Mitgliedergruppe	14
§ 15 Beendigung der Mitgliedschaft.....	16
§ 16 Mitversicherung von Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft	17
§ 17 Mitversicherung von Kindern	17
§ 18 Beginn der Mitversicherung	17
§ 19 Beendigung der Mitversicherung	18
§ 20 Übergang der Mitversicherung in eine Mitgliedschaft.....	19
§ 21 Umwandlung der Mitgliedschaft in eine Mitversicherung oder der Mitversicherung in eine Mitgliedschaft	20
§ 22 Ruhen der Mitgliedschaft	21
§ 23 Ruhen der Mitversicherung.....	21
§ 24 Ruhen der Mitgliedschaft bei Aufrechterhalten der Mitversicherung.....	22
2. Abschnitt: Beiträge	23
§ 25 Festsetzung der Beiträge.....	23
§ 26 Beiträge in Sonderfällen	24
§ 27 Beitragszuschläge	24
§ 27a (derzeit nicht belegt)	25
§ 27b Ruhensbeitrag	25
§ 28 Ausgleichszuschlag	25
§ 29 Erheben der Beiträge.....	26

3. Abschnitt: Leistungen	27
§ 30 Allgemeines	27
§ 30a Verträge mit Leistungserbringern, Direktabrechnung	29
§ 30b Eigenbehalte, Zuzahlungen, Belastungsgrenzen	29
§ 31 Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	32
§ 31a Leistungen von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern	33
§ 32 Zahnärztliche Leistungen	33
§ 33 Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte	35
§ 34 Heilmittel, Rehabilitationssport und Funktionstraining	38
§ 35 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke	39
§ 35a Digitale Gesundheitsanwendungen	41
§ 36 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende	41
§ 37 Krankenhausleistungen	42
§ 38 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	44
§ 38a Außerklinische Intensivpflege	45
§ 38b Familien- und Haushaltshilfe	46
§ 38c Palliativversorgung	47
§ 38d Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	47
§ 39 Fahrtkosten	47
§ 40 Unterkunftskosten	49
§ 41 Soziotherapie	49
§ 42 Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen	49
§ 43 Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen	50
§ 44 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort	53
§ 45 Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen	55
§ 46 Schwangerschaft und Geburt	56
§ 47 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	57
§ 48 Aufwendungen im Ausland	57
§ 49 Beginn und Ende der Leistungen	59
III. Kapitel: Zusatzversicherung	60
§ 50 Allgemeines zur Zusatzversicherung	60
§ 51 Versichertenkreis und Voraussetzungen der Zusatzversicherung	60
§ 52 Beginn der Zusatzversicherung	62
§ 53 Beendigung und Fortsetzung der Zusatzversicherung	63
§ 54 Beiträge der Zusatzversicherung	64
§ 55 Wartezeiten der Zusatzversicherung	65
§ 56 Leistungen aus der Zusatzversicherung bei Krankenhausbehandlungen ...	66
§ 57 Leistungen aus der Zusatzversicherung für Auslagen, Material- und Laborkosten bei Zahnersatz	67
§ 57a Leistungen aus der Zusatzversicherung für Sehhilfen	67

§ 58	Leistungen aus der Zusatzversicherung bei vollstationären Rehabilitationen, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen.....	68
§ 58a	Leistungen aus der Zusatzversicherung für Fahrtkosten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen	68
§ 59	Leistungen aus der Zusatzversicherung bei Pflegebedürftigkeit	69
§ 60	Leistungen aus der Zusatzversicherung bei implantologischen Leistungen einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten	70
§ 60a	Leistungen aus der Zusatzversicherung für Hörgeräte.....	71
§ 60b	Leistungen aus der Zusatzversicherung bei Auslandsreisen.....	72
IV. Kapitel: Ergänzungsversicherung		75
1. Abschnitt: Ergänzungsversicherung.....		75
§ 61	Allgemeines zur Ergänzungsversicherung	75
§ 61a	(derzeit nicht belegt)	75
§ 61b	(derzeit nicht belegt)	75
§ 61c	Beendigung der Ergänzungsversicherung	75
§ 61d	(derzeit nicht belegt)	75
§ 61e	Beiträge der Ergänzungsversicherung	75
§ 61f	Leistungen aus der Ergänzungsversicherung	76
2. Abschnitt: (derzeit nicht belegt).....		76
§§ 62 - 67 (derzeit nicht belegt)		76
V. Kapitel: Finanz- und Rechnungswesen		77
§ 68	Allgemeine Vorschriften.....	77
§ 68a	Verwaltungsaufwand	77
§ 69	Erträge	78
§ 70	Vermögen.....	79
§ 70a	Ausgleichsfonds	79
§ 71	Betriebsmittel.....	80
§ 72	Rücklage	80
§ 72a	Gewinnvortrag	81
§ 73	Rückstellungen.....	81
§ 74	Wirtschaftsplan	81
§ 75	Jahresabschluss.....	82
§ 76	Entlastung	83
VI. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen		84
§ 77	Anträge.....	84
§ 77a	Automatisierter Erlass von Verwaltungsakten.....	84
§ 78	Anzeige- und Mitwirkungspflichten.....	84
§ 79	Verjährung.....	86
§ 80	Ansprüche gegen Dritte und andere Leistungsträger	86
§ 81	Veränderung von Ansprüchen	87
§ 82	Mitgliederinformation	87
§ 83	Rechtsaufsicht, Zustimmungs- und Genehmigungsvorbehalte	87
§ 84	Widerspruchsverfahren.....	87
§ 85	Widerspruchsausschüsse	88

§ 86	Klage.....	88
§ 87	Satzungsänderungen, Ausführungsbestimmungen.....	89
§ 88	Auflösung	89
Anhänge		90
Anhang 1	Beitragstabellen für die Grundversicherung.....	91
1.1	Beitragstabelle für die Grundversicherung (§§ 25, 26).....	91
1.2	Ermäßigter Beitrag nach § 26 Absatz 4	92
1.3	Beitragszuschlag nach § 27 Absatz 1	92
1.4	Beitragszuschlag nach § 27 Absatz 2	92
1.5	Beitragszuschlag nach § 27 Absatz 4	92
1.6	Ruhensbeiträge nach § 27b Absatz 1	93
1.7	Ausgleichszuschläge nach § 28.....	93
1.8	Beitrag für studierende Kinder nach § 19 Absatz 4	93
Anhang 2	Aktuarielles Verfahren (zu § 25 Absatz 3 und 4).....	94
I.	Berechnung der Beiträge in der Grundversicherung	94
II.	Beitragsvergleich	95
III.	Zeitpunkt und Erstellungstermin des Gutachtens.....	98
Anhang 3	Beitragstabellen für Neuaufnahmen in Stufen und Neuabschlüssen weiterer Schritte in der Zusatzversicherung (zu § 54)	99
	Beitragstabelle für die Zusatzversicherung	99
	Beitragstabelle für die Zusatzversicherung – Fortsetzung –.....	100
	Beitragstabelle für die Zusatzversicherung – Fortsetzung –.....	101
	Beitragstabelle für die Auslandsreisekrankenversicherung	101
Anhang 4	Ermittlung der Verwaltungskosten Verteilung auf Versicherungszweige (zu § 68a Absatz 3 Ziffer 2)	102
I.	Ermittlung der für die Berechnung maßgeblichen Verwaltungskosten (bereinigter Verwaltungsaufwand)	102
II.	Aufteilung des bereinigten Verwaltungsaufwands auf die Versicherungszweige.....	102
Anhang 5	Verfahren zur Ermittlung der Kosten effizienter Verwaltung für die Grundversicherung (zu § 68a Absatz 3 Ziffer 1).....	103
Gliederung	103
I.	Einleitung.....	103
II.	Bestimmung des Verwaltungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse...	103
III.	Gruppierung des Verwaltungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse nach Funktionsbereichen.....	104
IV.	Ermittlung des für den Effizienzvergleich maßgeblichen Verwaltungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse	105
V.	Ermittlung des für den Effizienzvergleich maßgeblichen Verwaltungsaufwands der Grundversicherung der Postbeamtenkrankenkasse	106
VI.	Ermittlung des Verwaltungsaufwands vergleichbarer effizienter PKV - Unternehmen.....	106
VII.	Ermittlung der auf die Beiträge in der Grundversicherung umzulegenden Verwaltungskosten	107
VIII.	Festlegung der den Berechnungen zu Grunde gelegten Werte	107

Anhang 6 Anlagerichtlinien für das Vermögen der Postbeamtenkrankenkasse (zu §§ 70 und 70a)	108
Anhang 7 Verfahren zur Ermittlung der Höhe der Ausgleichszuschläge zur Deckung des Verwaltungsaufwandes aus der Grundversicherung (zu § 28 Absatz 2 Satz 2)	110
Beschlüsse	112
1 Mitgliedschaft	113
Beschluss 1.1 Weiterführung der Mitgliedschaft / Mitversicherung in besonderen Fällen	113
Beschluss 1.2 Beschluss zu § 19 Absatz 1 Buchstabe h (Kinder ohne Ausbildungs- oder Arbeitsplatz)	113
2 Leistungen	114
Beschluss 2.1 Leistungen in besonderen Fällen	114
Beschluss 2.2 Erstattung der beim Organspender anfallenden Aufwendungen und Leistungen zur Absicherung des Organspenders	114
Beschluss 2.3 Leistungen für ambulante Hospizdienste	115
Beschluss 2.4 Klinisches Krebsregister	115
Leistungsordnungen	116
Leistungsordnung A	117
Leistungsordnung B	128

I. Kapitel: Verfassung und Verwaltung

§ 1 Rechtsform, Zweck, Aufgaben und Sitz

(1) Die Postbeamtenkrankenkasse ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die Postbeamtenkrankenkasse ist eine Sozialeinrichtung der früheren Deutschen Bundespost. Sie ist in ihrem Bestand geschlossen und wird mit dem Ziel der Abwicklung in der bestehenden Rechtsform nach Maßgabe des Bundesanstalt Post-Gesetzes (BAPostG) und dieser Satzung für die Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost, nachfolgend Bundesanstalt genannt, und für die Postnachfolgeunternehmen durch die Bundesanstalt weitergeführt.

(2) Die Postbeamtenkrankenkasse erbringt nach Maßgabe des § 26d BAPostG und ihrer Satzung für ihre Mitglieder Leistungen in Krankheits- und Geburtsfällen als Grundversicherung und zusätzliche Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen (Zusatz- und Ergänzungsversicherung). Sie handelt insoweit öffentlich-rechtlich. Die Satzung kann Leistungen für Maßnahmen zur Früherkennung und Verhütung von Erkrankungen vorsehen.

(3) Die Postbeamtenkrankenkasse führt aufgrund vertraglicher Vereinbarung für ihre Mitglieder der Grundversicherung die private Pflegepflichtversicherung nach Maßgabe des Pflegeversicherungsgesetzes durch.

(4) Die Postbeamtenkrankenkasse führt gegen Kostenerstattung im Auftrag und nach Weisung der Bundesanstalt die Beihilfebearbeitung für die Beamtinnen und Beamte, Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamte, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger durch, für die gemäß § 15 BAPostG die dienstrechtlichen Aufgaben und Befugnisse von der Bundesanstalt wahrgenommen oder gemäß § 16 BAPostG die Aufgabe der Beihilfebearbeitung auf die Bundesanstalt übertragen wurden.

(5) Die Postbeamtenkrankenkasse kann nach Maßgabe entgeltlicher öffentlich-rechtlicher Geschäftsbesorgungsverträge für Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts die Beihilfebearbeitung, die Führung der Beihilfeakten und die Geltendmachung von die Beihilfe betreffende Schadensersatzansprüchen übernehmen.

(6) Ihren Gläubigern gegenüber haftet die Postbeamtenkrankenkasse nur mit ihrem Vermögen.

(7) Der Sitz und der Gerichtsstand der Postbeamtenkrankenkasse ist Stuttgart.

§ 2 Verwaltungsrat

(1) Das Selbstverwaltungsorgan der Postbeamtenkrankenkasse ist der paritätisch zusammengesetzte Verwaltungsrat.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus 16 Mitgliedern. Er setzt sich aus 8 Vertreterinnen oder Vertretern der Mitglieder und 8 Vertreterinnen oder Vertretern der Unternehmen Deutsche Post AG, Deutsche Telekom AG, Deutsche Postbank AG und der Bundesanstalt zusammen. Die Amtsdauer der Mitglieder und ihrer Stellvertreter beträgt 4 Jahre. Die Mitglieder bleiben nach Ablauf dieser Zeit im Amt bis ihre Nachfolger bestellt werden.

(3) Jedes Mitglied des Verwaltungsrats hat eine Stimme. Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter vertreten. Die Stellvertreterinnen oder Stellvertreter der Mitgliedervertreterinnen oder Mitgliedervertreter sind in der Reihenfolge ihrer Aufstellung die als Stellvertreterinnen oder Stellvertreter in den Vorschlagslisten der Gewerkschaften jeweils benannten verfügbaren Personen. Die Mitglieder aus dem Bereich der Unternehmen werden durch Stellvertreterinnen oder Stellvertreter ihres jeweiligen Unternehmens, das Mitglied aus dem Bereich der Bundesanstalt wird durch eine(n) bei der Bundesanstalt beschäftigte Stellvertreterin oder einen Stellvertreter vertreten. Die Stellvertreterinnen oder Stellvertreter der Mitglieder aus dem Bereich der Unternehmen und der Bundesanstalt sind in der Reihenfolge ihrer jeweiligen Aufstellung die als Stellvertreterinnen oder Stellvertreter benannten verfügbaren Personen. Anstelle einer Stellvertretung kann vom verhinderten Mitglied auch ein anderes Mitglied oder eine Stellvertreterin bzw. ein Stellvertreter innerhalb derselben Gruppe zur Stimmabgabe bevollmächtigt werden; die Bevollmächtigung ist durch eine Vollmachtserklärung nachzuweisen.

(4) Die Vertreterinnen oder Vertreter der Mitglieder werden von den in den Unternehmen Deutsche Post AG, Deutsche Telekom AG, Deutsche Postbank AG und der Bundesanstalt vertretenen Gewerkschaften benannt und von der Bundesanstalt in der Reihenfolge ihrer Benennung bestellt. Von den Mitgliedervertreterinnen oder Mitgliedervertretern und ihren Stellvertreterinnen oder Stellvertretern sollen mindestens jeweils 5 Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sein. Die Zahl der aus dem Bereich der jeweiligen Gewerkschaft zu bestellenden Mitgliedervertreterinnen oder Mitgliedervertreter erfolgt nach dem für die Verhältniswahl geltenden d'Hondt'schen System (Höchstzahlverfahren). Grundlage ist das Ergebnis der jeweils letzten regelmäßigen Wahl der Betriebsräte bei den Postnachfolgeunternehmen und der Personalräte bei der Bundesanstalt. Wird eine Benennung zurückgezogen oder scheidet eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Mitglieder oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter aus sonstigen Gründen vorzeitig aus, wird er von der Bundesanstalt abberufen. In diesem Fall benennt die Gewerkschaft, die das Benennungsrecht hat, ein neues Mitglied, das von der Bundesanstalt bestellt wird.

(5) Als Unternehmens- und Verwaltungsvertreterinnen oder Unternehmens- und Verwaltungsvertreter gehören dem Verwaltungsrat jeweils drei Beschäftigte der Deutschen Post AG und der Deutschen Telekom AG, eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter der Deutschen Postbank AG und eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter der Bundesanstalt an. Die Mitglieder werden von den Postnachfolgeunternehmen bzw. von der Bundesanstalt benannt und von der Bundesanstalt in der Reihenfolge ihrer Benennung bestellt. Wird eine Benennung zurückgezogen oder scheidet eine Unternehmens- bzw. Verwaltungsvertreterin oder ein Unternehmens- bzw. Verwaltungsvertreter oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter aus sonstigen Gründen vorzeitig aus, wird sie oder er von der Bundesanstalt abberufen. In diesem Fall benennt die für das ausgeschiedene Mitglied zuständige Postnachfolgeunternehmen bzw. die Bundesanstalt ein neues Mitglied, das von der Bundesanstalt bestellt wird.

(6) Die Mitglieder des Verwaltungsrats und seiner Ausschüsse üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Niemand darf an der Übernahme oder Ausübung dieser Tätigkeit gehindert oder wegen der Übernahme benachteiligt werden.

(7) Die Mitglieder des Verwaltungsrats und seiner Ausschüsse erhalten für ihre Tätigkeit eine Aufwandsentschädigung. Im Vertretungsfall gilt dies auch für ihre Stellvertreterinnen oder Stellvertreter. Die Aufwandsentschädigung ist Bestandteil des Verwaltungsaufwands im Sinne des § 26k BAPostG. Die Höhe der Aufwandsentschädigung wird vom Verwaltungsrat durch Beschluss festgelegt und bedarf der Genehmigung durch die Bundesanstalt.

(8) Die Mitglieder des Verwaltungsrats haften für den Schaden, der der Postbeamtenkrankenkasse aus einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der ihnen obliegenden Pflichten entsteht.

§ 3 Vorsitz im Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter. Diese müssen verschiedenen Gruppen angehören (Unternehmens-/Verwaltungsvertreterinnen und Unternehmens-/Verwaltungsvertreter bzw. Mitgliedervertreterinnen und Mitgliedervertreter). Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen der bzw. dem Vorsitzenden und deren Stellvertreterin bzw. dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode. Ist die Unternehmens-/Verwaltungsvertreterin Vorsitzende oder der Unternehmens-/Verwaltungsvertreter Vorsitzender, dann ist die Mitgliedervertreterin stellvertretende Vorsitzende oder der Mitgliedervertreter stellvertretender Vorsitzender, entsprechendes gilt im umgekehrten Fall. Mit dem Vorsitz beginnt die Mitgliedervertreterin oder der Mitgliedervertreter.

(2) Es wählen die Unternehmens-/Verwaltungsvertreterinnen und Unternehmens-/Verwaltungsvertreter bzw. die Vertreterinnen und Vertreter der Mitglieder je für sich getrennt die Vertreterin oder den Vertreter ihrer Gruppe. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit der Stimmen jeder Gruppe erforderlich. Ergibt die Wahl Stimmgleichheit, dann entscheidet das Los.

(3) Scheidet die Vorsitzende oder der Vorsitzende bzw. die Stellvertreterin oder der Stellvertreter aus, so wird sie oder er durch Neuwahl ersetzt.

§ 4 Aufgaben des Verwaltungsrats

(1) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundsätze der Kassenpolitik und trifft alle Entscheidungen, die für die Postbeamtenkrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind. Hierzu zählen insbesondere

1. die Bestellung, Anstellung und Abberufung der Mitglieder des Vorstands,
2. die Abgrenzung der Geschäftsbereiche des Vorstands,
3. die Genehmigung der Geschäftsordnung des Vorstands,
4. die Entgegennahme der Berichte des Vorstands und die Überwachung und Beratung des Vorstands,
5. die Wahl der Mitglieder und Stellvertreterinnen oder Stellvertreter der Widerspruchsausschüsse,
6. die Bestellung einer Vertreterin oder eines Vertreters bei Ausfall beider Vorstandsmitglieder,
7. die Verwendung des Fondsvermögens und dessen Erträge,
8. Festlegung der Geschäfte von besonderer Bedeutung, die der Vorstand nur mit Zustimmung des Verwaltungsrats vornehmen darf.

(2) Der Verwaltungsrat beschließt über grundsätzliche oder wichtige Angelegenheiten. Auf Vorlage des Vorstands beschließt er über

1. die strategische Ausrichtung der Geschäftspolitik der Postbeamtenkrankenkasse,
2. Änderungen der Satzung und der Ausführungsbestimmungen,
3. die Feststellung und wesentliche Änderungen des Wirtschaftsplans,
4. Richtlinien für die Anlage des Vermögens (§ 70 und § 70a),
5. die Höhe der Beiträge und die Beitragsstruktur,
6. die Feststellung des Jahresabschlusses und des Lageberichts,

7. die Gesamthöhe des erforderlichen Verwaltungskostenbudgets für den von der Postbeamtenkrankenkasse verursachten Primäraufwand (Personalaufwand, Sachaufwand und Abschreibung) sowie über die Gesamthöhe des erforderlichen Investitionsbudgets,
8. die Entlastung des Vorstands,
9. befristete Einschränkungen von Leistungen an die Mitglieder,
10. die Bestellung des Abschlussprüfers,
11. wesentliche Änderungen in der Aufbauorganisation,
12. den Abschluss von Geschäftsbesorgungsverträgen über die Beihilfearbeitung für andere Stellen gemäß § 26I BAPostG,
13. die Auflösung der Postbeamtenkrankenkasse.

Zu den Beschlüssen nach den Ziffern 2 bis 6 kann der Verwaltungsrat eine Stellungnahme der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht einholen.

(3) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung. In der Geschäftsordnung kann der Verwaltungsrat Geschäfte festlegen, die der Vorstand nur mit seiner Genehmigung vornehmen darf. Der Verwaltungsrat kann Ausschüsse bilden. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(4) Zur Unterstützung des Verwaltungsrats wird bei der Hauptverwaltung der Postbeamtenkrankenkasse ein Büro eingerichtet. Die Besetzung des Büros des Verwaltungsrats bedarf der Zustimmung des Verwaltungsrats.

(5) Die Mitglieder des Verwaltungsrats können zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Einzelheiten regelt die Geschäftsordnung.

§ 5 Beschlussfassung im Verwaltungsrat

(1) Die Sitzungen des Verwaltungsrats finden bei Bedarf, jedoch mindestens einmal im Vierteljahr statt. Der Verwaltungsrat tritt innerhalb von 4 Wochen auch zusammen, wenn ein Drittel seiner Mitglieder dies verlangt.

(2) Die Sitzungen des Verwaltungsrats und seiner Ausschüsse können aus wichtigem Grund in Form einer Video- oder Telefonkonferenz durchgeführt werden. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrats.

(3) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens 4 Unternehmens-/Verwaltungsvertreterinnen oder 4 Unternehmens-/Verwaltungsvertreter und mindestens 4 Mitgliedervertreterinnen oder 4 Mitgliedervertreter anwesend sind. Mitglieder bzw. Stellvertreter/innen, die bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinne von Absatz 2 in Form einer Video- oder Telefonkonferenz an einer Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Bei Beschlussunfähigkeit sind die Mitglieder des Verwaltungsrats mit einer Frist von mindestens 14 Tagen zu einer weiteren Sitzung einzuladen. In der weiteren Sitzung kann auch dann beschlossen werden, wenn Beschlussfähigkeit nach Satz 1 nicht vorliegt und in der Einladung zu der weiteren Sitzung hierauf hingewiesen worden ist.

(4) Beschlüsse über die Änderung der Satzung einschließlich der Beitragsfestsetzung und Beitragsstruktur, die Bestellung und Abberufung des Vorstands sowie die Richtlinien nach § 70 und § 70a Absatz 1 bedürfen einer Zweidrittelmehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrats. Die sonstigen Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(5) Der Verwaltungsrat kann im schriftlichen Verfahren abstimmen. Eine Abstimmung im schriftlichen Verfahren über den Wirtschaftsplan, den Jahresabschluss, die Festsetzung der Beiträge und die Änderung der Beitragsstruktur sowie über die Bestellung und Abberufung der Mitglieder des Vorstands ist ausgeschlossen. Eine Abstimmung im schriftlichen Verfahren über Satzungsänderungen ist nur aus wichtigem Grund zulässig. Widerspricht ein Mitglied des Verwaltungsrats der Beschlussfassung zu einer Satzungsänderung im schriftlichen Verfahren, ist über den Verhandlungsgegenstand in der nächsten Sitzung zu beraten und zu beschließen. Das Nähere, insbesondere den Ablauf und die Form des schriftlichen Verfahrens, regelt die Geschäftsordnung.

(6) Die Sitzungen des Verwaltungsrats und seiner Ausschüsse sind nicht öffentlich. Die Mitglieder des Verwaltungsrats und der Ausschüsse sind zur Verschwiegenheit über erhaltene Sitzungsunterlagen und vertrauliche Berichte sowie über vertrauliche Beratungsinhalte verpflichtet. Dies gilt nicht, sofern eine Berichtspflicht der Mitglieder gegenüber der nach § 2 Absatz 4 und 5 benennungsberechtigten juristischen Person eine Weitergabe erfordert. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrats.

§ 6 Vorstand

(1) Der Vorstand ist vertretungsberechtigtes Organ der Postbeamtenkrankenkasse. Er führt die Geschäfte der Postbeamtenkrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich. Der Vorstand besteht aus zwei Mitgliedern, einer Vorsitzenden oder einem Vorsitzenden und einem weiteren Mitglied. Der Vorstand übt seine Tätigkeit hauptamtlich aus.

(2) Die Mitglieder des Vorstands werden vom Verwaltungsrat bestellt, angestellt und abberufen. Bei erstmaliger Bestellung eines Vorstandsmitglieds ist die Amtszeit auf längstens drei Jahre begrenzt. Jede weitere Amtszeit eines Vorstandsmitglieds ist auf längstens fünf Jahre begrenzt. Eine erneute Bestellung vor Ablauf eines Jahres vor dem Ende der vorhergehenden Bestelldauer kann nur aus zwingenden Gründen erfolgen. Gleiches gilt für eine erneute Bestellung unter gleichzeitiger Aufhebung der laufenden Bestellung. Die Bestellung und Anstellung der Mitglieder des Vorstands endet mit Erreichen der gesetzlichen Regelaltersgrenze.

(3) Ist ein Mitglied des Vorstands verhindert, wird die Postbeamtenkrankenkasse gerichtlich und außergerichtlich durch das andere Vorstandsmitglied vertreten. Bei Ausfall beider Vorstandsmitglieder bestellt der Verwaltungsrat vorübergehend für längstens 6 Monate eine Vertreterin oder einen Vertreter zur kommissarischen Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstands. Bei fortbestehendem Ausfall beider Vorstandsmitglieder über 6 Monate hinaus kann der Verwaltungsrat die vorübergehende Bestellung der Vertreterin oder des Vertreters für weitere 6 Monate verlängern oder eine neue Vertreterin oder einen neuen Vertreter vorübergehend für 6 Monate bestellen.

(4) Der Vorstand gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung durch den Verwaltungsrat bedarf.

(5) Jedes Vorstandsmitglied leitet seinen Aufgabenbereich eigenverantwortlich. Im Fall der Verhinderung eines Vorstandsmitglieds vertreten sich die Mitglieder des Vorstands gegenseitig. Entscheidungen des Vorstands in allen wichtigen, insbesondere bereichsübergreifenden Angelegenheiten sind einvernehmlich zu treffen. Kommt eine Übereinstimmung nicht zustande, entscheidet die Vorsitzende oder der Vorsitzende. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 7 Aufgaben des Vorstands

- (1) Der Vorstand führt die Geschäfte der Postbeamtenkrankenkasse nach den gesetzlichen und satzungsrechtlichen Bestimmungen mit dem Ziel
- der Gewährleistung eines dauerhaft ausgeglichenen Haushalts in den jeweiligen Versicherungszweigen,
 - der Schaffung effizienter Verwaltungsstrukturen und
 - der Optimierung der für die satzungsgemäßen Leistungen und übertragenen Aufgaben erforderlichen Ausgaben.
- (2) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben und Befugnisse:
1. Erstellung eines Geschäftsverteilungsplans,
 2. Erlass von Richtlinien zur Führung der Verwaltungsgeschäfte,
 3. Erlass von Verwaltungsvorschriften für das Kassen- und Rechnungswesen,
 4. Abschluss von Verträgen, insbesondere mit Leistungserbringern und Auftragnehmern der PBeaKK,
 5. Funktion des Vorgesetzten für die bei der Postbeamtenkrankenkasse beschäftigten Arbeitnehmer,
 6. Funktion des Arbeitgebers für das von der Postbeamtenkrankenkasse im Rahmen des Wirtschaftsplans der Postbeamtenkrankenkasse und des Wirtschaftsplans der Bundesanstalt neu eingestellte Personal,
 7. Aufstellen des Wirtschaftsplans,
 8. Planung der Gesamthöhe des erforderlichen Verwaltungskostenbudgets für den von der Postbeamtenkrankenkasse verursachten Primäraufwand (Personalaufwand, Sachaufwand und Abschreibung) sowie der Gesamthöhe des erforderlichen Investitionsbudgets,
 9. Aufstellen des Jahresabschlusses und des Lageberichts,
 10. Vorlage des Prüfberichts und einer Stellungnahme zur geprüften Jahresrechnung zur Feststellung durch den Verwaltungsrat,
 11. Einrichtung eines angemessenen Risikomanagements und Durchführung eines wirksamen Risikocontrollings.

§ 8 Auskunfts- und Berichtspflichten des Vorstands

(1) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat regelmäßig über den Geschäftsverlauf zu berichten. Er erstattet seine Berichte einmal pro Quartal zu den ordentlichen Sitzungen des Verwaltungsrats in Textform.

(2) Aus wichtigem Anlass hat der Vorstand den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats rechtzeitig zu berichten. Ein wichtiger Anlass liegt vor, wenn gemäß § 4 Absatz 1 Satz 1 eine Entscheidung von grundsätzlicher Bedeutung für die Postbeamtenkrankenkasse zu treffen ist.

(3) Der Vorstand hat die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats unverzüglich über wichtige Ereignisse zu informieren, die für die Beurteilung der Lage, der Entwicklung oder für die Leitung des Unternehmens von wesentlicher Bedeutung sind.

(4) Der Vorstand ist dem Verwaltungsrat und seinen Mitgliedern in allen Fragen der Geschäftsführung auskunftspflichtig.

(5) Näheres zu den Auskunfts- und Berichtspflichten regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrats.

§ 9 (derzeit nicht belegt)**§ 10 Organisation**

Die Postbeamtenkrankenkasse regelt ihre aufbau- und ablauforganisatorischen Angelegenheiten selbstständig. Sie erstellt für die Verteilung der Aufgaben auf die einzelnen Organisationseinheiten ein Organigramm und einen Geschäftsverteilungsplan.

§ 11 (derzeit nicht belegt)

II. Kapitel: Grundversicherung

1. Abschnitt: Mitgliedschaft und Mitversicherung

§ 12 Mitgliedschaft

- (1) Ab dem 01.01.1995 können auf Antrag die Mitgliedschaft erwerben
- a) frühere Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse, die ihre Mitgliedschaft bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung bzw. Vergütung gekündigt hatten, bei Unterbrechung oder Beendigung dieses Urlaubs,
 - b) Witwen, Witwer, hinterbliebene Partnerinnen und Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und Waisen eines verstorbenen Mitglieds, die nicht mitversichert waren, wenn sie durch den Tod des Mitglieds selbst beihilfeberechtigt werden,
 - c) Personen, bei denen eine bestehende Pflichtversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse aufgrund gesetzlicher Änderung endet, wenn sie die Mitgliedschaft bei der Postbeamtenkrankenkasse nach den am 31.12.1994 geltenden Bestimmungen der Satzung hätten erwerben können,
- sofern sie nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert sind. Der Aufnahmeantrag muss innerhalb von drei Monaten nach Vorliegen der Voraussetzungen einer Mitgliedschaft bei der Postbeamtenkrankenkasse eingehen.

(2) Beamtinnen bzw. Beamte der Laufbahngruppe des einfachen Dienstes gehören der Gruppe A an, sofern der Postbeamtenkrankenkasse die Beihilfepauschale von dem für den Beamten zuständigen Dienstherrn erstattet wird. Die übrigen Mitglieder mit Anspruch auf Beihilfe gehören der Gruppe B 1 an. Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Beihilfe oder eine vergleichbare Leistung haben, besteht die Mitgliedschaft in der Gruppe B 2, in der Gruppe B 3, in der Gruppe C oder in der Gruppe E.

(3) Neben einer Mitgliedschaft ist eine Mitversicherung bei einem anderen Mitglied nicht zulässig.

§ 13 Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Vorliegen der für den Erwerb der Mitgliedschaft notwendigen Voraussetzungen. Abweichend hiervon kann im Aufnahmeantrag nach § 12 Absatz 1 Satz 2 bestimmt werden, dass die Mitgliedschaft zum Ersten eines späteren Monats - längstens zum Beginn des übernächsten Jahres nach der Antragstellung - beginnen soll.

§ 14 Wechsel der Mitgliedergruppe

- (1) Mitglieder der Gruppe A werden in die Gruppe B 1 übergeführt
- a) bei einer Beförderung in ein Amt der Besoldungsgruppe A 7 vom Beginn des auf den Tag der Aushändigung der Ernennungsurkunde folgenden Kalenderquartals an,
 - b) bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, wenn Sachleistungen nicht in Anspruch genommen werden können,
 - c) wenn und solange bei Beurlaubung oder bei Wegfall der Besoldung bzw. Vergütung der Anspruch auf Beihilfe wegfällt, sofern nicht der Übertritt wahlweise in die Gruppe B 2 oder in die Gruppe B 3 oder das Ruhen beantragt wird,

- d) wenn das Mitglied aus dem Dienstverhältnis bei der Deutsche Post AG, der Deutsche Postbank AG, der Deutsche Telekom AG, der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost, der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation, der Museumsstiftung Post und Telekommunikation oder der Bundesnetzagentur ausscheidet. Mitglieder der Gruppe A, die ihre Versicherung im Rahmen der Überleitung des Postreisedienstes zur Deutschen Bundesbahn fortgesetzt haben, verbleiben in der Gruppe A; Buchstabe d) Satz 1 gilt entsprechend,
- e) wenn der Postbeamtenkrankenkasse die Beihilfepauschale (§ 69 Absatz 4) von dem für den Beamten zuständigen Dienstherrn nicht mehr erstattet wird,
- f) wenn und solange die mitversicherte Ehegattin, der mitversicherte Ehegatte, die mitversicherte Partnerin oder der mitversicherte Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft aus eigenem Dienstverhältnis selbst beihilfeberechtigt ist und der Dienstherr der mitversicherten Person den in den Sachleistungen der Postbeamtenkrankenkasse enthaltenen Beihilfeanteil nicht erstattet,
- g) wenn die Mitversicherung der Ehegattin bzw. des Ehegatten gemäß § 19 Absatz 1 Buchstabe g) Satz 2 seit dem 01.04.1976 bestehen blieb und der Gesamtbetrag der Einkünfte der bzw. des Mitversicherten die maßgebliche Einkommensgrenze gemäß § 16 Absatz 2 übersteigt,
- h) wenn das mitversicherte Kind selbst beihilfeberechtigt ist oder über die selbst beihilfeberechtigte Ehegattin, den selbst beihilfeberechtigten Ehegatten, die selbst beihilfeberechtigte Partnerin oder den selbst beihilfeberechtigten Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach Buchstabe f) oder über eine andere beihilfeberechtigte Person in der Beihilfe berücksichtigungsfähig ist und der Dienstherr des mitversicherten Kindes oder der selbst beihilfeberechtigten Person den in den Sachleistungen der Postbeamtenkrankenkasse enthaltenen Beihilfeanteil nicht erstattet,
- i) wenn ein Anspruch des Mitglieds auf Beihilfe gegenüber einem der unter Buchstabe d) genannten Unternehmen gemäß § 5 Absatz 2 der Bundesbeihilfeverordnung wegfällt.

(2) Hat ein Mitglied nach Beendigung des Arbeits- oder Dienstverhältnisses bei einem der in Absatz 1 Buchstabe d) genannten juristischen Personen keinen Anspruch auf Beihilfe oder eine vergleichbare Leistung und ist das Mitglied in der Beihilfe nicht berücksichtigungsfähig, wird es in die Gruppe B 2 übergeführt. Auf Antrag wird das Mitglied in die Gruppe B 3 übergeführt.

(3) Mitglieder der Gruppe A werden auf Antrag in die Mitgliedergruppe B 1 übergeführt. Ein Wechsel zurück in die Gruppe A ist nur zulässig, sofern der zuständige Dienstherr den in den Sachleistungen der PBeaKK enthaltenen Beihilfeanteil erstattet. Ein erneuter Wechsel in der Gruppe B 1 auf eigenen Antrag ist ausgeschlossen.

(4) Ruhestandsbeamtinnen, Ruhestandsbeamte oder Hinterbliebene, die der Gruppe B 1 angehören, werden auf Antrag in die Gruppe A übergeführt. Voraussetzung ist, dass ihre monatlichen Versorgungsbezüge ohne Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, das Grundgehalt einer Beamtin bzw. eines Beamten in der ersten Stufe der Besoldungsgruppe A 7 unterschreiten. Der Übertritt in die Gruppe A ist auf Antrag auch dann möglich, wenn aus Anlass einer Pflegebedürftigkeit eine dauernde Unterbringung in Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sowie Pflegeheimen notwendig ist oder wenn wegen der Unterbringungskosten in Alten- oder Pflegeheimen Sozialhilfe in Anspruch genommen werden muss und nur das gesetzlich zustehende Taschengeld zur Verfügung steht. Ein Übertritt in die Gruppe A ist nur zulässig, sofern der Postbeamtenkrankenkasse von dem zuständigen Dienstherrn der in den Sachleistungen der PBeaKK enthaltene Beihilfeanteil erstattet wird. Ein Wechsel zurück in die Gruppe B 1 ist auf eigenen Antrag zulässig. Ein erneuter Wechsel in die Gruppe A auf

eigenen Antrag ist ausgeschlossen. Die Regelungen des Absatzes 1 bleiben unberührt.

(5) Mitglieder, die einen Anspruch auf Versorgungsrente bei der Versorgungsanstalt der Deutschen Bundespost oder gegenüber einem der in Absatz 1 Buchstabe d) genannten juristischen Personen Anspruch auf ein tarifvertragliches Überbrückungsgeld oder eine Leistung der betrieblichen Altersversorgung haben, werden auf Antrag in die Gruppe C übergeführt. Gleiches gilt nach dem Tod dieses Mitglieds für die Witwe, den Witwer oder die hinterbliebene Partnerin und den hinterbliebenen Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. Ein Wechsel zurück in die Gruppe B 1 ist möglich.

(6) Mitglieder, die unter Wegfall der Besoldung bzw. der Vergütung beurlaubt sind und keinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz und auch keinen Anspruch auf Familienversicherung haben, werden auf Antrag für die Dauer dieser Beurlaubung in die Gruppe B 2 oder in die Gruppe B 3 übergeführt.

(7) Geht der Antrag auf Wechsel der Mitgliedergruppe innerhalb eines Monats nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses ein, wird die Mitgliedschaft in der beantragten Gruppe mit Eintritt des Ereignisses wirksam, andernfalls mit dem Ersten des auf den Eingang des Antrags folgenden Monats. Ein Wechsel in die frühere Gruppe wird im Falle einer innerhalb eines Monats nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses erfolgten Antragstellung mit dem Wegfall der Voraussetzungen, ansonsten mit dem Ersten des auf den Eingang des Antrags folgenden Monats wirksam.

§ 15 Beendigung der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft endet durch
- a) Kündigung des Mitglieds,
 - b) Ausschluss,
 - c) Tod.

Die nach § 20 Absatz 2 fortgesetzte Mitgliedschaft der Voll- und Halbwaisen endet, wenn der Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung, Hinterbliebenenrente aus der Versorgungsanstalt der Deutschen Bundespost oder der gegenüber einem der in § 14 Absatz 1 Buchstabe d) genannten juristischen Personen bestehende Anspruch auf Leistungen der Betrieblichen Altersversorgung für Hinterbliebene endet. Die Regelungen des § 19 Absatz 4 und § 20 Absatz 3 finden entsprechende Anwendung.

(2) Das Mitglied kann die Mitgliedschaft mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die schriftliche Kündigung muss der Postbeamtenkrankenkasse spätestens bis zum 30. September zugehen. Mitglieder, deren Mitgliedschaft gemäß § 22 Absatz 2 Buchstabe b) ruht, können ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zum Ende des laufenden Monats kündigen. Die Kündigung kann bis zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Beendigung der Mitgliedschaft schriftlich widerrufen werden.

(3) Das Mitglied, das in einer gesetzlichen Krankenkasse versicherungspflichtig wird, kann die Mitgliedschaft binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht schriftlich kündigen. Gleiches gilt für die Mitglieder, die einen gesetzlichen Anspruch auf Familienversicherung haben. Geht der Postbeamtenkrankenkasse die Kündigung nach Ablauf von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht bzw. nach dem Bestehen der Familienversicherung zu, wird die Kündigung zum Ende des Monats des Zugangs der Kündigung wirksam.

(4) Das Mitglied kann die Mitgliedschaft im Falle einer auf einer Beitragsanpassung beruhenden Erhöhung der Beiträge innerhalb eines Monats nach Zugang der Beitragsmitteilung schriftlich kündigen. Die Mitgliedschaft endet zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragsanpassung. Absatz 2 Satz 4 findet Anwendung.

(5) Ausgeschlossen werden soll ein Mitglied, wenn es

- a) Leistungen in der Absicht beantragt hat, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen; das Handeln der bzw. des Mitversicherten ist dem Mitglied zuzurechnen,
- b) mit Beiträgen mit einem Gesamtbetrag an Beitragsanteilen in Höhe von sechs Monatsbeiträgen im Rückstand ist. Voraussetzung ist, dass das Mitglied gemahnt und auf die Folgen der Nichtzahlung der Beiträge hingewiesen wurde.

Eine Mitversicherung eines zuvor ausgeschlossenen Mitglieds ist ausgeschlossen.

§ 16 Mitversicherung von Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft können auf Antrag mitversichert werden, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im Vorvorkalenderjahr 21.832 Euro nicht übersteigt. Daneben können Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mitversichert werden, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung keine über dem Gesamtbetrag von 21.832 Euro liegenden Jahreseinkünfte haben und das Mitglied erklärt, dass die maßgebende Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr nicht überschritten wird.

§ 17 Mitversicherung von Kindern

(1) Im Familien- oder Auslandszuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähige bzw. im Kindergeld berücksichtigte Kinder können auf Antrag des Mitglieds mitversichert werden.

(2) Kinder, die in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder freiwillig versichert sind oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, können nicht mitversichert werden. Die Regelung des § 23 Absatz 1 Buchstabe c) bleibt unberührt.

§ 18 Beginn der Mitversicherung

(1) Wird die Mitversicherung gleichzeitig mit der Mitgliedschaft beantragt, beginnt sie mit Beginn der Mitgliedschaft. Wird die Mitversicherung später beantragt, beginnt sie mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt. Sie kann auch zum Ersten eines späteren Monats beantragt werden.

(2) Geht der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach der Eheschließung bei der Postbeamtenkrankenkasse ein, beginnt die Mitversicherung der Ehegattin bzw. des Ehegatten abweichend von Absatz 1 Satz 2 mit dem Tag der Eheschließung.

(3) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 beginnt die Mitversicherung bei Kindern mit dem Tag der Geburt oder der Annahme als Kind, bei Stief- und Pflegekindern mit dem Tag der Aufnahme in den Haushalt des Mitglieds, bei Enkelkindern mit dem Tag der Aufnahme in den Haushalt des Mitglieds oder der überwiegenden Unterhaltsgewährung.

Voraussetzung ist, dass der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses bei der Postbeamtenkrankenkasse eingeht. Gleiches gilt bei Kindern, Stief-, Pflege- und Enkelkindern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 beginnt die Mitversicherung im unmittelbaren Anschluss an die Pflichtversicherung, die freiwillige Versicherung oder die Familienversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse. Voraussetzung ist, dass der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der vorherigen Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse eingeht. Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 3 gelten entsprechend.

§ 19 Beendigung der Mitversicherung

- (1) Die Mitversicherung endet
- a) mit Beendigung der Mitgliedschaft,
 - b) bei Begründung einer eigenen Mitgliedschaft,
 - c) bei Abmeldung durch das Mitglied,
 - d) mit dem Tod der mitversicherten Person,
 - e) für die Ehegattin und den Ehegatten im Falle der Ehescheidung mit der Rechtskraft des Scheidungsausspruchs,
 - f) für die Partnerinnen und Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Falle der Aufhebung der Lebenspartnerschaft mit der Rechtskraft des Ausspruchs der Aufhebung,
 - g) für die Ehegattin, den Ehegatten, die Partnerin und den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, wenn die Voraussetzungen des § 16 nicht mehr vorliegen. Dies gilt nicht für Ehegattinnen und Ehegatten, die abweichend von den Voraussetzungen des § 16 seit dem 01.04.1976 ohne Unterbrechung mitversichert waren,
 - h) bei Kindern mit dem Wegfall ihrer Berücksichtigungsfähigkeit im Familien- oder Auslandszuschlag, sofern damit auch die Berücksichtigungsfähigkeit in der Beihilfe wegfällt. Abweichend hiervon endet die Mitversicherung bei Kindern, die sich als Halbweisen in einem Studium befinden und eine Hinterbliebenenversorgung nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erhalten und hierdurch einen eigenen Beihilfeanspruch haben, mit dem Wegfall des Versorgungsanspruchs. § 23 Absatz 1 Buchstabe c) bleibt unberührt,
 - i) für Kinder, die in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder freiwillig versichert sind oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, mit Ausnahme der Fälle nach § 23 Absatz 1 Buchstaben c) und d),
 - j) durch Ausschluss des Mitglieds bei Vorliegen der Tatbestände des § 15 Absatz 5.
- (2) Die Mitversicherung endet in den Fällen des
- a) Absatz 1 Buchstabe a), d) und j) mit Ablauf des Tages, an dem das dort genannte Ereignis eingetreten ist,
 - b) Absatz 1 Buchstabe b), e), f) und i) mit Eintritt des dort genannten Ereignisses,
 - c) Absatz 1 Buchstabe g) mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Voraussetzungen der Mitversicherung zuletzt vorlagen, und
 - d) Absatz 1 Buchstabe h) mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen der Mitversicherung zuletzt vorlagen.
- (3) In den Fällen des Absatz 1 Buchstabe c) endet die Mitversicherung zu dem in der Abmeldung genannten Zeitpunkt, frühestens mit Ablauf des Monats, in dem der Antrag eingegangen ist. Abweichend von Satz 1 endet die Mitversicherung bei Ehegattinnen, Ehegatten und den Partnerinnen und Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, deren Mitversicherung nach § 23 Absatz 1 Buchstabe b) ruht, mit dem Beginn

der Versicherung in der gesetzlichen Krankenkasse oder dem Bestehen des Anspruchs auf freie Heilfürsorge, wenn die Abmeldung innerhalb eines Monats nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses bei der Postbeamtenkrankenkasse eingeht. Die Abmeldung kann bis zu ihrem Wirksamwerden widerrufen werden. Abweichend von Satz 1 endet die Mitversicherung eines Kindes auf Antrag des Mitglieds mit Rechtskraft des Ausspruchs der Ehescheidung bzw. der Aufhebung der Lebenspartnerschaft, wenn seit diesem Zeitpunkt für krankheitsbedingte Aufwendungen des Kindes keine Leistungen in Anspruch genommen wurden.

(4) Abweichend von Absatz 1 Buchstabe h) endet die Mitversicherung eines Kindes nicht, wenn es eingeschriebene Studentin bzw. eingeschriebener Student einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule ist und das Mitglied die beitragspflichtige Weiterversicherung beantragt. Die Weiterversicherung ist bis zum Ablauf eines Jahres nach der Exmatrikulation möglich und endet spätestens mit der Vollendung des 34. Lebensjahres. Die Höhe des monatlichen Beitrags ergibt sich aus Anhang 1.

§ 20 Übergang der Mitversicherung in eine Mitgliedschaft

(1) Beim Tod eines Mitglieds gehen die Rechte und Pflichten aus der Mitgliedschaft auf die zu diesem Zeitpunkt mitversicherte Ehegattin, den Ehegatten, die Partnerin oder den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft über. Besteht kein Anspruch auf Beihilfe oder eine vergleichbare Leistung, wird die bzw. der Mitversicherte in die Gruppe B 2 übergeführt. Auf Antrag wird das Mitglied in die Gruppe B 3, bei Vorliegen der Voraussetzungen in die Gruppe C übergeführt. Dies gilt nicht, wenn die Ehegattin, der Ehegatte, die Partnerin oder der Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft schriftlich den Austritt erklärt. Die Austrittserklärung muss der Postbeamtenkrankenkasse spätestens einen Monat nach dem Tod des Mitglieds zugehen.

(2) Voll- und Halbwaisen können auf Antrag ihre Mitversicherung als eigene Mitgliedschaft fortsetzen. Voraussetzung ist, dass die Voll- bzw. Halbwaisen eine Hinterbliebenenversorgung nach dem Beamtenversorgungsgesetz erhalten oder nur deshalb nicht erhalten, weil diese wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt wird. Dem steht gleich, wenn ein Anspruch auf Hinterbliebenenrente gegenüber der Versorgungsanstalt der Deutschen Bundespost oder gegenüber einem der in § 14 Absatz 1 Buchstabe d) genannten juristischen Personen auf eine Leistung der Betrieblichen Altersversorgung für Hinterbliebene besteht. Weitere Voraussetzung der Fortsetzung der Mitgliedschaft für Halbwaisen ist, dass kein Anspruch auf Mitversicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse und kein Anspruch auf Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestehen.

(3) Studentinnen bzw. Studenten, deren Mitversicherung nach § 19 Absatz 4 endet, können auf Antrag bis zur Beendigung ihres Studiums die Mitversicherung als eigenständige Mitgliedschaft in der Gruppe B 2 fortsetzen. Eine Mitversicherung von Angehörigen ist ausgeschlossen.

(4) Rechtskräftig geschiedene Ehegattinnen und Ehegatten können bei bestehendem eigenen Beihilfeanspruch ihre bisherige Mitversicherung als eigene Mitgliedschaft in der Gruppe A oder B 1 fortsetzen. Eine Fortsetzung der Mitgliedschaft in der Gruppe A ist nur zulässig, soweit der Postbeamtenkrankenkasse der in den Sachleistungen der PBeaKK enthaltene Beihilfeanteil vom zuständigen Dienstherrn erstattet wird. Der Antrag auf Fortsetzung muss spätestens 3 Monate nach Eintritt der Rechtskraft des Scheidungsausspruchs bei der Postbeamtenkrankenkasse eingehen. Gleiches gilt für die Partnerin und den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, deren Partnerschaft rechtskräftig aufgehoben worden ist.

(5) Haben rechtskräftig geschiedene Ehegattinnen und Ehegatten keinen eigenen Beihilfeanspruch, können sie ihre bisherige Mitversicherung als eigene Mitgliedschaft in der Gruppe E fortsetzen. Gleiches gilt für die Partnerin und den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, deren Partnerschaft rechtskräftig aufgehoben worden ist. Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der Gruppe E ist, dass kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz und kein anderweitiger Anspruch auf Heilbehandlung bestehen. Der Antrag auf Fortsetzung muss spätestens 3 Monate nach Eintritt der Rechtskraft des Scheidungsausspruchs bzw. des Ausspruchs der Aufhebung bei der Postbeamtenkrankenkasse eingehen. Die Mitgliedschaft in der Gruppe E endet ab dem Zeitpunkt des Bestehens eines gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutzes. Sie endet auch bei Bestehen eines anderweitigen gleichwertigen Anspruchs auf Heilbehandlung. Eine Mitversicherung von Angehörigen in der Gruppe E ist nicht möglich. Mitglieder der Gruppe E erhalten Leistungen entweder nach der Leistungsordnung A oder B. Für die Zuordnung sind § 14 Absatz 4 und die wirtschaftlichen Verhältnisse des Antragstellers maßgebend.

§ 21 Umwandlung der Mitgliedschaft in eine Mitversicherung oder der Mitversicherung in eine Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft ist auf Antrag in eine Mitversicherung umzuwandeln, wenn die Voraussetzungen des § 16 vorliegen. Der Antrag ist von beiden Ehegatten bzw. von beiden Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft zu stellen. Die Mitversicherung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt. Wird die Mitgliedschaft wegen Ausscheidens aus dem Dienst- oder Arbeitsverhältnis oder wegen der Inanspruchnahme von Urlaub unter Wegfall der Besoldung bzw. Vergütung in eine Mitversicherung umgewandelt, beginnt die Mitversicherung abweichend von Satz 3 am Tag nach dem Ausscheiden bzw. mit dem Beginn der Beurlaubung. Voraussetzung ist, dass der Antrag spätestens einen Monat nach Eintritt des maßgeblichen Ereignisses bei der Postbeamtenkrankenkasse eingeht.

(2) Die Mitversicherung ist auf Antrag in eine Mitgliedschaft umzuwandeln, wenn

- a) die Mitversicherung gemäß § 19 Absatz 1 Buchstabe g) endet, weil bei der mitversicherten Ehegattin, dem Ehegatten bzw. der Partnerin oder dem Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft die Voraussetzungen des § 16 nicht mehr vorliegen,
- b) die Mitgliedschaft des Mitglieds in der Gruppe A gemäß § 14 Absatz 1 Buchstabe g) in eine Mitgliedschaft in der Gruppe B übergeführt wird oder
- c) nach den anwendbaren landesrechtlichen Vorschriften kein Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen besteht, die für die mitversicherte Ehegattin, den mitversicherten Ehegatten, die mitversicherte Lebenspartnerin oder den mitversicherten Lebenspartner entstanden sind, weil der in den landesrechtlichen Vorschriften bestimmte Gesamtbetrag der Einkünfte überschritten ist.

Die Mitgliedschaft beginnt in den Fällen des Buchstaben a) mit dem Ersten des Monats, der auf die Beendigung der Mitversicherung folgt, in den Fällen des Buchstaben b) zum Zeitpunkt, in dem die Mitgliedschaft der Gruppe A in die Mitgliedschaft der Gruppe B übergeführt wird. In den Fällen des Buchstaben c) beginnt die Mitgliedschaft mit Vorliegen der Voraussetzungen, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Vorliegen der Voraussetzungen bei der Postbeamtenkrankenkasse eingeht. Geht der Antrag später ein, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt.

§ 22 Ruhen der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft ruht,
 - a) wenn und solange das Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder freiwillig versichert ist,
 - b) während des freiwilligen Wehrdienstes, der Wehrübungen, eines Freiwilligendienstes im Sinne des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d) Einkommensteuergesetz, wenn eine Versicherungspflicht in einer Krankenversicherung oder ein anderweitiger gleichwertiger Anspruch auf Heilbehandlung besteht,
 - c) für die Dauer des Wegfalls der Besoldung wegen schuldhaften Fernbleibens vom Dienst. Das Ruhen tritt nicht ein, wenn die fälligen Beiträge entrichtet sind.
- (2) Die Mitgliedschaft ruht auf Antrag, wenn und solange
 - a) Leistungen nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (Heil- oder Krankenbehandlung) zustehen,
 - b) Urlaub unter Wegfall der Besoldung bzw. Vergütung gewährt wird,
 - c) bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt Versicherungspflicht in einer Krankenversicherung oder Anspruch auf kostenlose Krankenversorgung besteht.

Das Ruhen beginnt mit dem Tag des erstmaligen Anspruchs auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder mit dem Tag der Beurlaubung, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses eingeht, andernfalls mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt. Die Mitgliedschaft lebt wieder auf mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang eines entsprechenden Antrags folgt, spätestens mit dem Wegfall der Voraussetzungen.

§ 23 Ruhen der Mitversicherung

- (1) Die Mitversicherung ruht,
 - a) wenn die Mitgliedschaft ruht, mit Ausnahme der in § 24 genannten Fälle,
 - b) für die Ehegattin, den Ehegatten, die Partnerin bzw. den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft wenn und solange sie bzw. er in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder freiwillig versichert ist oder Anspruch auf freie Heilfürsorge hat,
 - c) für Kinder während des freiwilligen Wehrdienstes sowie während der Wehrübungen,
 - d) für die Ehegattin, den Ehegatten, die Partnerin bzw. den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und Kinder während eines Freiwilligendienstes im Sinne des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d) Einkommenssteuergesetz, wenn eine Versicherungspflicht in einer Krankenversicherung oder ein anderweitiger gleichwertiger Anspruch auf Heilbehandlung besteht.
- (2) Die Mitversicherung ruht auf Antrag,
 - a) für Kinder, wenn und solange die Ehegattin, der Ehegatte, die Partnerin bzw. der Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft des Mitglieds in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder freiwillig versichert ist und Anspruch auf Familienversicherung besteht,
 - b) für die Ehegattin, den Ehegatten, die Partnerin und den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und Kinder, wenn und solange für sie Leistungen nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (Heil- oder Krankenbehandlung) zustehen.

Das Ruhen beginnt mit dem Tag des erstmaligen Anspruchs auf Familienversicherung oder des erstmaligen Anspruchs auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses eingeht, andernfalls mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt. Die Mitversicherung lebt wieder auf mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang eines entsprechenden Antrags folgt, spätestens mit dem Wegfall der Voraussetzungen.'

§ 24 Ruhen der Mitgliedschaft bei Aufrechterhalten der Mitversicherung

(1) Die Mitversicherung von Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und von Kindern kann auf Antrag trotz ruhender Mitgliedschaft aufrechterhalten werden, wenn das Mitglied freiwilligen Wehrdienst oder Wehrübungen ableistet (§ 22 Absatz 1 Buchstabe b)).

(2) Die Mitversicherung wird aufrechterhalten, wenn der Antrag innerhalb eines Monats nach Beginn des für das Ruhen der Mitgliedschaft maßgeblichen Ereignisses eingeht. Wird ein solcher Antrag nicht gestellt, ruht die Mitversicherung. Sie lebt auf Antrag mit dem Ersten des Monats wieder auf, der auf den Eingang des Antrags folgt. Wird das Ruhen der Mitversicherung zu einem späteren Zeitpunkt beantragt, beginnt das Ruhen mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt.

2. Abschnitt: Beiträge

§ 25 Festsetzung der Beiträge

(1) Von den Mitgliedern werden Monatsbeiträge nach Maßgabe der in Anhang 1 enthaltenen Beitragstabellen erhoben.

(2) Der Verwaltungsrat bestimmt jährlich auf der Grundlage eines versicherungsmathematischen Gutachtens unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Grenze die Mitgliedsbeiträge. Die Beitragsfestsetzung bedarf der Genehmigung der Bundesanstalt. Der Beschluss über die Festsetzung der Beiträge ist der Bundesanstalt spätestens einen Monat vor Beginn des Geschäftsjahres vorzulegen.

(3) Das Gutachten ist durch einen vom Verwaltungsrat bestellten Aktuar objektiv und weisungsfrei unter Berücksichtigung von Versichertenentwicklung, Schadentrend und voraussichtlicher Entwicklung des Anlagevermögens zu erstellen und hat die im Haushaltsjahr und langfristig erwarteten Ausgaben und Einnahmen mit dem Ziel der Abwicklung zu berücksichtigen. Die Beitragsberechnung durch den Versicherungsmathematiker hat mit dem Ziel der langfristigen Kontinuität der Beitragsanpassung zu erfolgen. Die Rahmenvorgaben zur Erstellung des Gutachtens sind im Anhang 2 näher beschrieben.

(4) Die Beiträge dürfen die durchschnittliche Beitragshöhe privater beihilfeergänzender Krankenversicherungen unter Berücksichtigung vergleichbarer Leistungen nicht übersteigen. Hierbei sind die Durchschnittsbeiträge der größten Krankenversicherer mit einem Gesamtmarktanteil von mindestens 70 Prozent zugrunde zu legen. Grundlage ist eine Betrachtung der Gesamtheit des Versichertenbestandes über den gesamten Versicherungsverlauf. Besonderheiten der unterschiedlichen Versicherungssysteme ist Rechnung zu tragen. Der Beitragsvergleich wird durch einen Versicherungsmathematiker erstellt; er soll durch den nach Absatz 3 bestellten Aktuar erstellt werden. Die Rahmenvorgaben zur Erstellung des Beitragsvergleichs sind im Anhang 2 näher beschrieben.

(5) Abweichend von der in Absatz 1 geregelten monatlichen Beitragserhebung wird der Beitrag anteilig nach Tagen vom jeweiligen Monatsbeitrag erhoben

- a) bei Beginn, Beendigung - außer durch Tod - oder Ruhen der Mitgliedschaft bzw. Mitversicherung,
- b) bei Wechsel der Mitgliedergruppe,
- c) beim Übergang der Mitversicherung in eine Mitgliedschaft bzw. Mitversicherung nach § 20 Absatz 3 und
- d) bei Umwandlung der Mitgliedschaft bzw. Mitversicherung im Laufe eines Monats.

Der Monat wird mit 30 Tagen berechnet.

§ 26 Beiträge in Sonderfällen

- (1) Von Mitgliedern der Gruppe A und der Gruppe B 1 werden zwei Drittel des jeweiligen Beitrags der Gruppe A bzw. der Gruppe B 1 erhoben, solange sie selbst Anspruch auf freie Heilfürsorge haben und den Versicherungsschutz ausschließlich für ihre mitversicherten Angehörigen aufrechterhalten.
- (2) Von Mitgliedern der Gruppe B 2 und der Gruppe B 3 wird der jeweilige Beitrag nach Anhang 1, vermindert um den Anteil für eine versicherte Person, erhoben, solange sie selbst Anspruch auf freie Heilfürsorge haben und den Versicherungsschutz ausschließlich für ihre mitversicherten Angehörigen aufrechterhalten.
- (3) Von Mitgliedern der Gruppe A und der Gruppe B 1 wird für die Dauer ihrer Elternzeit nach der Verordnung zur Neuregelung mutterschutz- und elternzeitrechtlicher Vorschriften ein monatlicher Beitrag nach Anhang 1 erhoben.
- (4) Unterschreiten die Gesamteinkünfte eines Mitglieds der Gruppe A oder der Gruppe B 1 die Bezugsgröße, wird ein ermäßigter Monatsbeitrag erhoben. Dies gilt nicht, wenn die Unterschreitung der Bezugsgröße auf einer Kürzung oder einem Wegfall der Besoldung bzw. Vergütung beruht, die wegen Beurlaubung, Erkrankung oder schuldhaftem Fernbleiben vom Dienst erfolgt ist. Die Bezugsgröße ist das jeweils maßgebliche Mindestruhegehalt gemäß § 14 Absatz 4 Satz 2 und Satz 3 des Beamtenversorgungsgesetzes in seiner jeweils geltenden Fassung unter Berücksichtigung des Abzuges für Pflegeleistungen nach § 50f Beamtenversorgungsgesetz. Der Berechnung der Gesamteinkünfte werden die Bezüge, die Versorgungsbezüge, die Renten, die Arbeitseinkünfte und die sonstigen Einkünfte zugrunde gelegt, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds bestimmen. Der ermäßigte Monatsbeitrag wird nur auf Antrag festgesetzt. Geht der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Vorliegen der Voraussetzungen ein, erfolgt die Festsetzung mit Beginn des Monats, in dem die Bezugsgröße unterschritten wurde. Geht der Antrag später ein, erfolgt die Festsetzung mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt.
- (5) Leben mehrere Vollwaisen im Sinne des § 20 Absatz 2 in einer Hausgemeinschaft, wird insgesamt höchstens der für ein Mitglied mit mitversicherten Angehörigen maßgebliche Beitrag erhoben.

§ 27 Beitragszuschläge

- (1) Ein Beitragszuschlag wird erhoben, wenn die Mitgliedschaft später als 1 Jahr nach dem Zeitpunkt beginnt, zu dem sie gemäß § 13 frühestens hätte beginnen können. Ein Beitragszuschlag wird auch für jedes angefangene Jahr erhoben, das zwischen der Beendigung der Mitgliedschaft und dem Wiederbeginn liegt. Die Höhe des Beitragszuschlags ergibt sich aus Anhang 1.
- (2) Ein Beitragszuschlag wird erhoben, wenn die Mitversicherung der Ehegattin, des Ehegatten, der Partnerin oder des Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft später als 1 Jahr nach Vollendung ihres bzw. seines 25. Lebensjahres beginnt. Der Beitragszuschlag wird auch für jedes angefangene Jahr erhoben, das zwischen der Beendigung und dem Wiederbeginn der Mitversicherung der Ehegattin, des Ehegatten, der Partnerin oder dem Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft liegt. Zeiten, in denen der Beitrag für Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen entrichtet wurde, bleiben bei der Berechnung des Beitragszuschlags außer Betracht. Die Höhe des Beitragszuschlags ergibt sich aus Anhang 1.

(3) Beim Übergang der Mitversicherung in eine Mitgliedschaft gemäß § 20 und bei der Umwandlung der Mitgliedschaft in eine Mitversicherung bzw. der Umwandlung der Mitversicherung in eine Mitgliedschaft gemäß § 21 wird kein zusätzlicher Beitragszuschlag erhoben. Ein zuvor während der Mitgliedschaft oder der Mitversicherung festgesetzter Beitragszuschlag wird weiterhin erhoben.

(4) Ein Beitragszuschlag wird erhoben, wenn und solange die mitversicherte Ehegattin, der mitversicherte Ehegatte, die Partnerin oder der Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft des Mitglieds selbst beihilfeberechtigt ist. Der Beitragszuschlag wird nicht erhoben, wenn die selbst beihilfeberechtigte Ehegattin, der selbst beihilfeberechtigte Ehegatte oder die selbst beihilfeberechtigte Partnerin oder der selbst beihilfeberechtigte Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft des Mitglieds einen Beihilfebemessungssatz von mindestens 70 Prozent hat. Die Höhe des Beitragszuschlags ergibt sich aus Anhang 1.

§ 27a (derzeit nicht belegt)

§ 27b Ruhensbeitrag

(1) Ein Ruhensbeitrag wird für jeden Monat der ruhenden Mitgliedschaft bzw. der ruhenden Mitversicherung der Ehegattin, des Ehegatten bzw. der Partnerin oder des Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft in Höhe von 13,85 Prozent des jeweiligen Beitrags für Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige erhoben.

(2) Der Ruhensbeitrag wird nicht erhoben, wenn der Beitrag für Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen entrichtet wird.

(3) Der Ruhensbeitrag wird ferner nicht erhoben für Zeiten des Ruhens der Mitgliedschaft/Mitversicherung während des freiwilligen Wehrdienstes, einer Wehrübung, einem Freiwilligendienst im Sinne des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d) Einkommenssteuergesetz oder eines Ruhens wegen Ansprüchen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch.

§ 28 Ausgleichszuschlag

(1) Ein Ausgleichszuschlag wird von den Mitgliedern der Grundversicherung erhoben, wenn deren Verwaltungsaufwand nicht von der Deutsche Post AG, der Deutsche Postbank AG, der Deutsche Telekom AG, der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation, der Museumsstiftung Post und Telekommunikation oder der Bundesrepublik Deutschland zu tragen ist. Ein Ausgleichszuschlag wird nicht erhoben, sofern der Verwaltungsaufwand von anderer Seite getragen wird. Für Versicherte in Elternzeit wird kein Ausgleichszuschlag erhoben.

(2) Der Ausgleichszuschlag wird mit dem Ziel der Deckung des für die Mitglieder und deren mitversicherten Angehörigen entstandenen Verwaltungsaufwandes berechnet. Die Rahmenvorgaben zur Berechnung des Ausgleichszuschlags sind in Anhang 7 näher beschrieben.

(3) Die Höhe des monatlichen Ausgleichszuschlags ergibt sich aus der in Anhang 1 enthaltenen Beitragstabelle. Der Ausgleichszuschlag ist zusammen mit dem Beitrag fällig. Liegen die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 nicht während des gesamten Monats vor, wird der Ausgleichszuschlag anteilig nach Tagen erhoben; der Monat wird hierbei mit 30 Tagen berechnet.

§ 29 Erheben der Beiträge

(1) Das Mitglied ist zur Entrichtung des monatlichen Beitrags verpflichtet. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats im Voraus fällig. Bei Mitgliedern, die ihre Bezüge am 15. des Monats erhalten, ist der Beitrag am 17. jeden Monats fällig. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen bundeseinheitlichen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den ersten folgenden Arbeitstag.

(2) Der Beitrag ist im Lastschriftverfahren zu zahlen. Das Mitglied ist verpflichtet, der Postbeamtenkrankenkasse auf Verlangen ein schriftliches Mandat zur Einziehung der Beiträge zu erteilen. Abweichend hiervon kann es die Postbeamtenkrankenkasse in begründeten Einzelfällen zulassen, dass die Beiträge durch Überweisungsauftrag gezahlt werden. Ein begründeter Einzelfall liegt insbesondere vor, wenn

- a) das Mitglied kein Bankkonto innerhalb des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraums unterhält,
- b) der Träger der Sozialhilfe oder der Träger der Grundsicherung für das Mitglied die Beiträge unmittelbar an die Postbeamtenkrankenkasse bezahlt oder
- c) der Dienstherr bzw. Arbeitgeber einen monatlichen Einbehalt von den Bezügen vornimmt.

(3) Die Postbeamtenkrankenkasse kündigt dem Mitglied den Lastschrifteinzug und dessen Höhe spätestens drei Tage vor Fälligkeit des Beitrags an. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleicher Beitragshöhe genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug.

(4) Rückständige Beiträge werden nacherhoben. Zu Unrecht erhobene Beiträge werden erstattet.

3. Abschnitt: Leistungen

§ 30 Allgemeines

(1) Die Mitglieder haben für sich und ihre mitversicherten Angehörigen Anspruch auf Leistungen

- a) in Krankheitsfällen gemäß den §§ 31 bis 42,
- b) zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten oder Behinderungen gemäß den §§ 43 und 44,
- c) zur Früherkennung von Krankheiten, zu Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen gemäß § 45,
- d) bei Schwangerschaft und Geburt, zur Empfängnisregelung, bei künstlicher Befruchtung und in Ausnahmefällen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch gemäß den §§ 46 und 47.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach der Bundesbeihilfeverordnung in der jeweils gültigen Fassung dem Grunde nach beihilfefähig sind und Leistungen in den §§ 31 bis 48 geregelt sind. Anstelle der Erstattung von Aufwendungen erbringt die Postbeamtenkrankenkasse gegenüber den Mitgliedern der Gruppe A und deren mitversicherten Angehörigen Sach- und Dienstleistungen, sofern Vereinbarungen mit den maßgeblichen Leistungserbringern oder Leistungserbringerinnen bestehen; bei den Sach- und Dienstleistungen gelten die §§ 30 bis 47 entsprechend, soweit für die Mitglieder der Gruppe A nichts Abweichendes geregelt ist. Die erstattungsfähigen Höchstsätze sind in den Leistungsordnungen geregelt. Die Leistungsordnungen sind Bestandteil der Satzung. Für die Mitglieder der Gruppe A gilt die Leistungsordnung A. Für die Mitglieder der Gruppen B 1, B 2, B 3 und C gilt die Leistungsordnung B. Die Mitglieder der Gruppe E erhalten entsprechend ihrer Zuordnung Leistungen entweder nach der Leistungsordnung A oder B.

(2) Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn die zugrunde liegenden Maßnahmen medizinisch notwendig waren und die Aufwendungen wirtschaftlich angemessen sind. Über die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme und die wirtschaftliche Angemessenheit der Aufwendungen entscheidet die Postbeamtenkrankenkasse. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, bei einzelnen Sachverständigen oder bei Sachverständigen-gesellschaften Gutachten einzuholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung des Mitglieds nicht erforderlich, sind die für die Begutachtung notwendigen Gesundheitsdaten vor der Weitergabe an die Gutachterin bzw. den Gutachter so zu anonymisieren, dass ein Personenbezug nicht hergestellt werden kann. Die Kosten für die von der Postbeamtenkrankenkasse beauftragten Begutachtungen und die Kosten für die von der Postbeamtenkrankenkasse abgeforderten ärztlichen Unterlagen und Bescheinigungen werden von der Postbeamtenkrankenkasse getragen. Die wirtschaftliche Angemessenheit der Aufwendungen wird beurteilt für

- a) ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen nach den Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte bzw. für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- b) voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung und
- c) Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern nach der Anlage 2 zu § 6 Absatz 5 der Bundesbeihilfeverordnung in der jeweils geltenden Fassung.

Die Rechnungen müssen nach den Vorgaben der maßgeblichen Gebührenordnungen bzw. sonstigen gesetzlichen Regelungen erstellt sein. Die Rechnungen für Arzt- und Heilpraktikerleistungen müssen zusätzlich eine Diagnose enthalten. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte, nach § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte, soweit sie die gesetzlichen Gebühren übersteigen.

(3) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungen und Behandlungen; als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt gelten insbesondere Untersuchungen und Behandlungen, die in der Anlage 1 zu § 6 Absatz 4 Satz 2 Bundesbeihilfeverordnung ausgeschlossen sind,
- b) Untersuchungen und Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings,
- c) Gutachten, die nicht von der Postbeamtenkrankenkasse, sondern auf Verlangen des Mitglieds oder der mitversicherten Person veranlasst worden sind,
- d) medizinisch nicht notwendige ärztliche oder zahnärztliche Bescheinigungen,
- e) den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
- f) berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen,
- g) Endgeräte, deren Beschaffung, technische Anbindung und Betrieb sowie Telekommunikationsdienstleistungen, sofern telemedizinische Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien erbracht werden und die Aufwendungen für die Geräte und deren Betrieb nicht ausschließlich für die medizinische Untersuchung oder Behandlung erforderlich sind.

Behandlungen im Sinne von Satz 1 Buchstabe a) und b) sind ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlungen, Heilmittel, Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen sowie sonstige Heilmaßnahmen. In den Fällen des Satzes 1 Buchstabe a) und b) sind auch die im Zusammenhang mit der Behandlung entstandenen Aufwendungen nicht erstattungsfähig. Dies sind insbesondere Aufwendungen für abgegebene oder verordnete Arzneimittel, für verordnete Hilfsmittel oder für Fahrt- und Unterkunftskosten.

(4) Zu Unrecht erbrachte Leistungen sind zu erstatten. Dies gilt auch für Sach- und Dienstleistungen, die ohne Verwaltungsakt zu Unrecht erbracht worden sind. Sach- und Dienstleistungen sind in Geld zu erstatten. Bei der Erstattung finden die Vorschriften des § 49a Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 und 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes Anwendung. Verletzt ein Mitglied vorsätzlich oder grob fahrlässig die ihm aus dem Mitgliedschaftsverhältnis obliegenden Pflichten, so hat es der Postbeamtenkrankenkasse den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen. Dieser erfasst auch den zur Ermittlung des Schadens erforderlichen Verwaltungsaufwand.

(5) Der Anspruch auf Erstattung der in den §§ 31 bis 48 geregelten Leistungen kann nicht verpfändet und nur bei Vorliegen der Voraussetzungen des Satzes 2 gepfändet oder abgetreten werden. Soweit die Pfändung des Erstattungsanspruchs durch eine Gläubigerin bzw. einen Gläubiger erfolgt, deren bzw. dessen Forderung mit dem zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrag des Erstattungsanspruchs des Mitglieds gedeckt werden soll, ist die Pfändung zulässig. Gleiches gilt für die Abtretung des zustehenden und noch nicht ausgezahlten Erstattungsanspruchs an die Gläubigerin bzw. den Gläubiger, bei der bzw. dem die erstattungsfähigen Kosten erwachsen sind.

(6) Nach dem Tod des Mitglieds kann die Erstattung mit befreiender Wirkung auf das bei der Postbeamtenkrankenkasse hinterlegte Konto der oder des Verstorbenen, auf ein anderes im Antrag oder einer erteilten Vollmacht angegebenes Konto oder auf ein Konto einer oder eines durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde ausgewiesenen Erbin oder Erben gezahlt werden.

§ 30a Verträge mit Leistungserbringern, Direktabrechnung

(1) Die Postbeamtenkrankenkasse kann mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über Kassenangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. Dabei sollen auch feste Preise vereinbart werden, die deutlich unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. Die Postbeamtenkrankenkasse beteiligt sich an Versorgungsnetzwerken, soweit dies wirtschaftlich geboten ist.

(2) In geeigneten Fällen kann die Postbeamtenkrankenkasse die Leistungen mit befreiender Wirkung unmittelbar mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin abrechnen. Ein geeigneter Fall liegt insbesondere vor, wenn die Postbeamtenkrankenkasse mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin eine Direktabrechnungsvereinbarung abgeschlossen hat.

§ 30b Eigenbehalte, Zuzahlungen, Belastungsgrenzen

(1) Die erstattungsfähigen Aufwendungen mindern sich in folgendem Umfang (Eigenbehalte):

1. um jeweils 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5,- Euro (jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten) und höchstens um 10,- Euro bei
 - a) Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 33 Absatz 1 Buchstabe a) und b), Medizinprodukten gemäß § 33 Absatz 1 Buchstabe d) sowie Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysaten, Elementardiäten und Sondennahrung gemäß § 33 Absatz 3 Satz 1. Maßgebend ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen, erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, mindern sich die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung,
 - b) Anschaffung einschließlich Miete von Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie von Körperersatzstücken gemäß § 35. Bei der Miete gilt dies nur für die erste Miete. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln erfolgt eine Minderung um 10 Prozent der Kosten, höchstens jedoch um 10,- Euro für den gesamten Monatsbedarf. Bei Bezug einer über einen Monatsbedarf hinausgehenden Menge an Hilfsmitteln ist der Monatsbedarf die in der Rechnung bzw. Verordnung ausgewiesene Menge. Der Eigenbehalt gilt zum Zeitpunkt des Bezugs als angefallen. Der Mindestabzug in Höhe von 5,- Euro findet bei den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln keine Anwendung,
 - c) Fahrten bzw. An- und Abreisen mit Ausnahme der Fälle nach § 43 Absatz 1 und § 44. Hin- und Rückfahrten sind jeweils gesondert zu berücksichtigen. Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 37 entstehenden Fahrtkosten ist der Abzugsbe-

trag nur bei der ersten und letzten Fahrt des Behandlungsfalls zu berücksichtigen. Dies gilt bei ambulant durchgeführten Operationen unter Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten - ambulanten - Chemo-/Strahlentherapieserie entsprechend,

- d) Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag,
- e) Soziotherapie je Kalendertag.

2. um 10,- Euro je Kalendertag bei

- a) vollstationären Krankenhausleistungen gemäß § 37 und bei im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführten Anschlussheilbehandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe e) sowie Entwöhnungsbehandlungen von Abhängigkeitskranken nach § 43 Absatz 1 Buchstabe f). Zusammen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr. Aufnahme- und Entlassstage zählen jeweils als 1 Tag,
- b) stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a) sowie Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe b).

3. um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr von häuslicher Krankenpflege gemäß § 38 und um 10,- Euro für jede ärztliche Verordnung.

(2) Eigenbehalte nach Absatz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ein Abzug erfolgt jedoch bei Fahrten nach § 39,
- b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- c) Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nach § 47 einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel,
- d) ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und Schutzimpfungen nach § 45 einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel. Bei zahnärztlichen Vorsorgeleistungen gilt dies für maximal zwei Kontrolluntersuchungen im Kalenderjahr,
- e) Arznei- und Verbandmittel nach § 33 Absatz 1 Buchstabe a) und b), die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und
 - in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder
 - auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor vom Mitglied oder der mitversicherten Person selbst beschafft worden sind,
- f) Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke nach § 35, sofern für die Anschaffung einschließlich Miete in Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfeverordnung beihilfefähige Höchstbeträge vorgesehen sind,
- g) Harn- und Blutteststreifen,
- h) Arznei- und Verbandmittel nach § 33 Absatz 1, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 20 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt,
- i) Arzneimittel nach § 33 Absatz 1, wenn aufgrund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden musste.

(3) Auf Antrag des Mitglieds sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze für das laufende Kalenderjahr

- a) Eigenbehalte nach Absatz 1 nicht mehr abzuziehen,

- b) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige, Arzneimittel nach § 33 Absatz 1 Buchstabe a) in voller Höhe - Festbetragsarzneimittel im Sinne von § 33 Absatz 1 Satz 3 jedoch lediglich in Höhe des Festbetrages - als erstattungsfähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:
- für Mitglieder bis zur Besoldungsgruppe A 8 sowie deren mitversicherte Angehörige 8,- Euro,
 - für Mitglieder der Besoldungsgruppe A 9 bis A 12 sowie deren mitversicherte Angehörige 12,- Euro,
 - für Mitglieder höherer Besoldungsgruppen sowie deren mitversicherte Angehörige 16,- Euro.

Mitglieder, die keinen Anspruch auf beamtenrechtliche Besoldung oder Versorgung haben, werden der Besoldungsgruppe zugeordnet, deren Jahresbetrag des Grundgehalts in der Endstufe der Höhe des Jahreseinkommens des Mitglieds entspricht. Der Antrag muss der Postbeamtenkrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Jahres zugehen, das auf das Jahr folgt, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

Bei fristgerechter Beantragung werden die über der Belastungsgrenze liegenden Eigenbehalte gemäß Satz 1 Buchstabe a) und die Aufwendungen gemäß Satz 1 Buchstabe b) erstattet. Die Belastungsgrenze beträgt für Mitglieder und deren mitversicherte Angehörige zusammen

- a) 2 Prozent des jährlichen Einkommens nach Absatz 4,
- b) 1 Prozent des jährlichen Einkommens nach Absatz 4 für chronisch Kranke gemäß der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Für die Ermittlung des Überschreitens der Belastungsgrenze werden die von der Postbeamtenkrankenkasse vorgenommenen Eigenbehalte nach Absatz 1 und die Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige, Arzneimittel gemäß § 33 Absatz 2 Buchstabe c) berücksichtigt. Als Eigenbehalt zu berücksichtigen ist der von der Postbeamtenkrankenkasse von den Kassenleistungen einbehaltene Betrag. Als Aufwendung für die verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, Arzneimittel findet der Betrag Berücksichtigung, der sich nach Multiplikation mit der Tarifklasse des Versicherten ergibt. Maßgeblich für die jährliche Zuordnung ist der Zeitpunkt der Aufwendung bzw. der Zeitpunkt des Entstehens der den Eigenbehalt verursachenden Aufwendung. Das Mitglied hat das Einkommen nach Absatz 4, die Eigenbehalte und die Aufwendungen für die verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, Arzneimittel nachzuweisen. Erhält das Mitglied Beihilfe nach Maßgabe der Bundesbeihilfeverordnung, gilt die Belastungsgrenze der Postbeamtenkrankenkasse ab dem Zeitpunkt als überschritten, zu dem die Belastungsgrenze der Bundesbeihilfeverordnung überschritten ist. Sofern das Mitglied Beihilfe nach landesrechtlichen Vorschriften erhält, gilt die Belastungsgrenze der Postbeamtenkrankenkasse ab dem Zeitpunkt als überschritten, zu dem die Belastungsgrenze der Bundesbeihilfeverordnung überschritten wäre.

(4) Die Ermittlung der Belastungsgrenze erfolgt auf der Grundlage des jährlichen Einkommens des den Antrag betreffenden Vorkalenderjahres. Berücksichtigt wird

- a) das Einkommen im Sinne des § 39 Absatz 3 Satz 2 Bundesbeihilfeverordnung mit der Maßgabe, dass das Einkommen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners nicht berücksichtigt wird, wenn diese bzw. dieses Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Mitglied der Postbeamtenkrankenkasse ist; das Einkommen vermindert sich
 - bei verheirateten oder in eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Mitgliedern um 15 Prozent und
 - bei verheirateten oder in eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Mitgliedern um 15 Prozent und

- b) bei Mitgliedern oder mitversicherten Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der sozialen Entschädigung getragen werden, abweichend von Buchstabe a) ein Einkommensbetrag in Höhe der jeweils maßgeblichen Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch; das Einkommen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners wird nicht berücksichtigt.

(5) Im Falle der Direktabrechnung treten die von den Mitgliedern zu leistenden Zuzahlungen an die Stelle der Eigenbehalte. Sofern die Zuzahlungen nicht von den Leistungserbringern eingezogen werden, sind die Mitglieder nach gesonderter schriftlicher Aufforderung verpflichtet, der Postbeamtenkrankenkasse die Zuzahlungen zu erstatten.

§ 31 Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für von Ärztinnen und Ärzten erbrachte Behandlungen oder Untersuchungen. Werden ambulante ärztliche Leistungen in einem Krankenhaus erbracht, sind diese Leistungen abweichend von § 30 Absatz 2 Satz 6 und 7 auch wirtschaftlich angemessen, wenn sie nach dem Normaltarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) abgerechnet worden sind.

(2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine

- a) Psychotherapie als
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
 - analytische Psychotherapie,
 - Verhaltenstherapie,
 - systemische Therapie bei Personen ab 18 Jahren,
- b) psychosomatische Grundversorgung und
- c) psychotherapeutische Akutbehandlung,

die von Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder von Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten erbracht werden. Wegen des Inhalts, des Umfangs und der Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit finden die jeweils maßgeblichen Vorschriften der §§ 18 bis 21 Bundesbeihilfeverordnung und die Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 Bundesbeihilfeverordnung entsprechend Anwendung. Voraussetzung für eine Erstattungsfähigkeit der Psychotherapie nach Satz 1 Buchstabe a) ist, dass die Postbeamtenkrankenkasse vor Beginn der Behandlung die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen schriftlich anerkannt hat; dies gilt nicht bei Kurzzeittherapien bis zu 24 Sitzungen bei Einzel- oder Gruppentherapien oder bei probatorischen Sitzungen. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über die Anerkennung ein Gutachten zur Notwendigkeit, der Art und dem Umfang der Behandlung einzuholen, das von einer oder einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Gutachterin oder Gutachter zu erstellen ist.

(3) Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie zur Behandlung von akut erworbenen Hirnschädigungen und Hirnerkrankungen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, sind erstattungsfähig. Wegen des Inhalts, des Umfangs und der Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit findet § 30a Bundesbeihilfeverordnung entsprechend Anwendung.

(4) Die Mitglieder der Gruppe A haben die freie Wahl unter den an den Verträgen beteiligten

- a) Ärztinnen oder Ärzten,
- b) ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,

- c) Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
- d) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die erbrachten Leistungen werden unmittelbar mit der Postbeamtenkrankenkasse abgerechnet. Im Übrigen finden die Regelungen des Absatz 1 bis 3 entsprechend Anwendung.

§ 31a Leistungen von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern

(1) Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind erstattungsfähig. Mitglieder der Gruppen B 1, B 2, B 3 und C haben freie Wahl unter Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.

(2) Aufwendungen der Mitglieder der Gruppe A, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers entstehen, sind nicht erstattungsfähig.

§ 32 Zahnärztliche Leistungen

(1) Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 erstattungsfähig. Nach den Regelungen der Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Materialkosten und Laborkosten sind erstattungsfähig. Für Zahnersatz und implantologische Leistungen kann der Postbeamtenkrankenkasse vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes sind erstattungsfähig.

(2) Aufwendungen für ambulante kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn

1. die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
2. bei schweren Kieferanomalien, insbesondere bei angeborenen Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers, skelettalen Dysgnathien oder verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen, eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt oder
3. die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr vollendet hat und
 - a) die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können,
 - b) keine Behandlungsalternative vorhanden ist und
 - c) erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion.

Voraussetzung für eine Erstattungsfähigkeit ist, dass die Postbeamtenkrankenkasse den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes sind erstattungsfähig. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über die medizinische Erforderlichkeit einer Behandlung nach Satz 1 Nummer 3 ein Gutachten eines Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft einzuholen. Die Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der von der Postbeamtenkrankenkasse genehmigten kieferorthopädischen Behandlung erstattungsfähig. Bei einem vom Mitglied oder der mitversicherten Person zu vertretenden Abbruch und einer späteren Fortsetzung einer kieferorthopädischen Behandlung bleiben nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die nach dem von der Postbeamtenkrankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplan noch nicht abgerechnet sind. Gleich-

ches gilt für den Fall eines vom Mitglied oder der mitversicherten Person zu vertretenden Wechsels der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden.

(3) Ist eine Weiterbehandlung über den Regelfall eines vierjährigen Zeitraums hinaus medizinisch notwendig, muss der Postbeamtenkrankenkasse vor Ablauf der laufenden Behandlung ein neuer Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. In diesen Fällen sind 25 Prozent der Aufwendungen für die kieferorthopädischen Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte je Jahr der Weiterbehandlung erstattungsfähig. Aufwendungen für eine Behandlung, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, sind auch bei einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres erstattungsfähig.

(4) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind nur erstattungsfähig bei

1. Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
2. Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
3. Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigen Milchzahnverlustes,
4. Frühbehandlung
 - a) eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
 - b) eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen nicht zu korrigieren ist,
 - c) einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung,
 - d) eines prognen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei mesial sagittaler Stufe,
 - e) bei Platzmangel zum Schaffen von Zahnlücken von mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern oder zum Vergrößern von Zahnlücken um mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern,
5. früher Behandlung
 - a) einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien,
 - b) eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
 - c) einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe,
 - d) verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

Die Frühbehandlung nach Satz 1 Nummer 4 soll nicht vor Vollendung des dritten Lebensjahres begonnen und innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen werden; eine reguläre kieferorthopädische Behandlung kann sich anschließen, wenn die zweite Phase des Zahnwechsels vorliegt. Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind neben den Aufwendungen für eine Behandlung nach Satz 1 Nummer 4 oder 5 gesondert erstattungsfähig.

(5) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur erstattungsfähig bei

- a) Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
- b) Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
- c) Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,
- d) umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Operationen oder

- e) umfangreichen Gebissanierungen. Eine Gebissanierung ist umfangreich, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise herstellbar ist.

Das Mitglied hat der Postbeamtenkrankenkasse eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorzulegen.

(6) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte und alle damit in Zusammenhang stehenden weiteren Aufwendungen nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte und Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind erstattungsfähig bei

- a) größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
 - Tumoroperationen,
 - Entzündungen des Kiefers,
 - Operationen infolge großer Zysten,
 - Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, ektodermalen Dysplasien oder
 - Unfällen,
- b) dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
- c) generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
- d) nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, oder
- e) implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer; ein Kiefer ist zahnlos, wenn er zum Zeitpunkt der Fixierung der Prothese, ohne Zähne und Zahnfragmente ist.

In den Fällen nach Buchstabe a) bis d) gibt es keine Begrenzung auf die Anzahl der Implantate. Liegt keiner der in Satz 1 genannten Gründe vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich bereits vorhandener Implantate, erstattungsfähig. In den Fällen nach Buchstabe e) sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich bereits vorhandener Implantate, erstattungsfähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten, sind entsprechend des Verhältnisses der Zahl der nicht beihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind immer erstattungsfähig.

§ 33 Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte

- (1) Erstattungsfähig nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 sind Aufwendungen für
 - a) apothekenpflichtige Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes,
 - b) Verbandmittel,
 - c) Harn- und Blutteststreifen und
 - d) Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.

Voraussetzung ist, dass die in Satz 1 genannten Produkte nach Art und Umfang ärztlich oder zahnärztlich verordnet worden sind oder bei einer ärztlichen Behandlung, einer zahnärztlichen Behandlung oder einer Behandlung eines Mitgliedes der Gruppe B 1, B 2, B 3 oder C oder einer bei diesem Mitglied mitversicherten Person durch eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker verbraucht worden sind. Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die Festbeträge nach § 35 Absatz 3, 5 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge erstattungsfähig; den Festbetrag übersteigende Aufwendungen sind in medizinisch begründeten Einzelfällen oder in den in Richtlinien nach § 129 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fällen erstattungsfähig. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer angegeben sein, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden.

(2) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel, die in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung genannt sind, es sei denn, dass das jeweilige Arzneimittel im Einzelfall nicht zur Behandlung in dem für dieses Arzneimittel in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Anwendungsbereich, sondern zur Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung, die eine Krankheit ist, eingesetzt wird und
 - es keine anderen zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung dieser Krankheit gibt oder
 - die anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,
- b) verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von
 - Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,
 - Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
 - Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder
 - Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumorthherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex,
 sofern die Arzneimittel nicht für Personen bestimmt sind, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- c) nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, dass sie
 - für Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden, bestimmt sind,
 - für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden, auch, wenn das Arzneimittel auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor vom Mitglied oder der mitversicherten Person selbst beschafft werden musste,
 - bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard gelten und mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet werden;

die erstattungsfähigen Ausnahmen ergeben sich aus Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und gemäß § 94 Absatz 2 des Fünften Buch Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung; erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für anthroposophische und homöopathische Arzneimittel zur Behandlung der in Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten schwerwiegenden Erkrankungen, wenn die Anwendung des jeweiligen Arzneimittels in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist,

- in der Fachinformation zum erstattungsfähigen Hauptarzneimittel als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben sind,
 - zur Behandlung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines erstattungsfähigen Arzneimittels auftreten können, eingesetzt werden; dabei muss die unerwünschte Arzneimittelwirkung lebensbedrohlich sein oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen,
- d) hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern sie nicht
- für Personen unter 22 Jahren bestimmt sind oder
 - unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden,
- e) Arzneimittel, bei denen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist, es sei denn, sie
- sind in Anlage 8 zu § 22 Absatz 4 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt und erfüllen die dort genannten Voraussetzungen oder
 - werden von der Postbeamtenkrankenkasse als erstattungsfähig anerkannt,
- f) traditionell angewendete Arzneimittel nach § 109 Absatz 3 und § 109a des Arzneimittelgesetzes mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise auf der äußeren Umhüllung oder der Packungsbeilage des Arzneimittels:
- zur Stärkung oder Kräftigung,
 - zur Besserung des Befindens,
 - zur Unterstützung der Organfunktion,
 - zur Vorbeugung,
 - als mild wirkendes Arzneimittel,
- g) traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a des Arzneimittelgesetzes,
- h) gesondert ausgewiesene Versandkosten, es sei denn es handelt sich um Botendienstzuschläge bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken.

(3) Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind erstattungsfähig, wenn

- a) diese Produkte zur enteralen Ernährung bestimmt sind und
- b) die Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, fehlt oder eingeschränkt ist und
- c) eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen.

Aufwendungen für Elementardiäten sind erstattungsfähig für Kinder unter drei Jahren mit Kuhmilcheiweißallergie; dies gilt ferner bei Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden. Im Übrigen sind Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Krankenkost und diätetische Lebensmittel nicht erstattungsfähig.

(4) Mitglieder der Gruppe A haben freie Wahl unter den an Verträgen beteiligten Apotheken. Diese rechnen die Vertragssätze direkt mit der Postbeamtenkrankenkasse ab. Für Arzneimittel werden die Kosten nur bis zur Höhe des Festbetrages gemäß Absatz 1 Satz 3 getragen. Sofern die darüber hinausgehenden Beträge nicht von den beteiligten Apotheken eingezogen wurden, sind die Mitglieder der Gruppe A nach gesonderter schriftlicher Aufforderung verpflichtet, der Postbeamtenkrankenkasse diese Beträge zu erstatten. Im Übrigen finden die Regelungen der Absätze 1 bis 3 entsprechende Anwendung.

§ 34 Heilmittel, Rehabilitationssport und Funktionstraining

(1) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und die bei der Anwendung der Heilmittel verbrauchten Stoffe sind erstattungsfähig. Bei Ergotherapie genügt eine Verordnung durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten. Voraussetzung für eine Erstattungsfähigkeit ist, dass die Heilmittel in Anlage 9 zu § 23 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt sind und die dort geregelten besonderen Voraussetzungen vorliegen. Das Heilmittel muss in einem der folgenden Bereiche nach Maßgabe des jeweiligen Berufsbildes von einer oder einem der nachfolgend aufgeführten Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer angewandt werden:

- a) Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
 - Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
 - Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,
 - Krankengymnastin oder Krankengymnast,
- b) Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
 - Logopädin oder Logopäde,
 - Sprachtherapeutin oder Sprachtherapeut,
 - staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
 - Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
 - klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
 - klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,
 - Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,
 - bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern und Poltern auch
 - Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
 - Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
- c) Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung
 - Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
 - Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
- d) Bereich Podologie
 - Podologin oder Podologe,
 - medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Po-

- dologengesetzes,
- e) Bereich Ernährungstherapie
- Diätassistentin oder Diätassistent,
 - Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
 - Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

(2) Mitglieder der Gruppe A haben freie Wahl unter den an Verträgen beteiligten Angehörigen der in Absatz 1 genannten Gesundheits- oder Medizinalfachberufe. Soweit mit den Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe keine Verträge bestehen, können Leistungen auch direkt mit der Postbeamtenkrankenkasse abgerechnet werden. Dabei sind die ortsüblichen Sätze der gesetzlichen Krankenversicherung (Kassensätze) anzuwenden. Können Heilbehandlungen zu Vertragssätzen oder Kassensätzen ohne Verschulden des Mitglieds der Gruppe A nicht in Anspruch genommen werden, so gewährt die Postbeamtenkrankenkasse Leistungen nach der Leistungsordnung B. Mitglieder der Gruppe B haben freie Wahl unter den Angehörigen der in Absatz 1 genannten Gesundheits- oder Medizinalfachberufe.

(3) Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining sind in sinngemäßer Anwendung der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erstattungsfähig.

§ 35 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfeverordnung genannten und ärztlich verordneten

- a) Hilfsmittel,
- b) Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle und
- c) Körperersatzstücke,

wenn diese Gegenstände im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen und im Einzelfall die in der Anlage 11 genannten weiteren Voraussetzungen vorliegen. Die Postbeamtenkrankenkasse entscheidet darüber, ob ein Hilfsmittel, Gerät zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle der Anlage 11 zuzuordnen ist oder mit einem dort genannten Gegenstand vergleichbar ist. Sie ist befugt, hierzu ein Gutachten bei einzelnen Sachverständigen oder Sachverständigengesellschaften einzuholen; § 30 Absatz 2 Satz 4 und 5 gelten entsprechend. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn das Mitglied oder die mitversicherte Person selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen insbesondere durch Blutentnahmen und Injektionen die Gefahr einer Infektion besteht oder angenommen werden kann.

(2) Erstattungsfähig nach Absatz 1 sind Aufwendungen für

- a) Anschaffung,
- b) Miete einschließlich Versorgungspauschalen, sofern die Aufwendungen nicht höher sind als die Aufwendungen der Anschaffung,
- c) Reparatur und Instandsetzung,
- d) Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen Gegenstandes in der bisherigen Ausführung; erfolgt die Ersatzbeschaffung desselben oder eines vergleichbaren Gegenstandes innerhalb von sechs Monaten seit der Anschaffung, ist eine erneute ärztliche Verordnung nicht erforderlich,
- e) Betrieb und Unterhaltung einschließlich erforderlicher Inspektion, Wartung und sicherheitstechnischer und messtechnischer Kontrolle bei Hilfsmitteln und

f) Unterweisung in den Gebrauch.

In den Fällen von Satz 1 Buchstabe e) sind Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle nur in Höhe des 100,00 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig und nicht bei der Ermittlung der Eigenbehalte zu berücksichtigen sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich bei Anschaffung oder Ersatz

- a) von orthopädischen Maßschuhen, die nicht serienmäßig herstellbar sind, sowie von Orthesenschuhen um einen Eigenanteil von 64,00 Euro, sofern es sich nicht um Interimsschuhe handelt,
- b) eines Brustprothesenhalters um einen Eigenanteil von 15,00 Euro und
- c) eines Badeanzugs, Bodys oder Korseletts für Brustprothesenträgerinnen um einen Eigenanteil von 40,00 Euro.

(4) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für augenärztlich verordnete Sehhilfen zur Verbesserung der Sehstärke (Visus), sofern die maßgeblichen Voraussetzungen aus Abschnitt 4 Unterabschnitt 1 bis 3 der Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfverordnung vorliegen; bei einer Ersatzbeschaffung einer Sehhilfe ist anstelle einer augenärztlichen Verordnung auch die Refraktionsbestimmung einer Optikerin oder eines Optikers ausreichend. Aufwendungen für von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnete vergrößernde Sehhilfen sind unter den Voraussetzungen von Abschnitt 4 Unterabschnitt 4 der Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfverordnung erstattungsfähig; dies ist insbesondere der Fall bei optisch vergrößernden Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf und bei elektronischen vergrößernden Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 6-fachen Vergrößerungsbedarf. Aufwendungen für von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnete therapeutische Sehhilfen sind erstattungsfähig, wenn diese zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung nach Maßgabe von Abschnitt 4 Unterabschnitt 5 der Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfverordnung erforderlich ist.

(5) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die
 - einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
 - einen niedrigen Abgabepreis haben,
 - der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
 - in Anlage 12 zu § 25 Absatz 1, 2 und 4 der Bundesbeihilfverordnung genannt sind,
- b) gesondert ausgewiesene Versandkosten.

(6) Voraussetzung der Erstattung von Aufwendungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke ist die vorherige Genehmigung der Anschaffung durch die Postbeamtenkrankenkasse. Eine Genehmigung ist nicht erforderlich, wenn in den Leistungsordnungen hierfür Höchstbeträge vorgesehen sind oder der Anschaffungspreis geringer als 150,00 Euro ist. In einem begründeten Einzelfall kann die Postbeamtenkrankenkasse die Genehmigung auch nachträglich erteilen.

(7) Hat die Postbeamtenkrankenkasse mit einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer eine Rahmenvereinbarung über die Versorgung mit Hilfsmitteln abgeschlossen, sind die Aufwendungen nach Absatz 2 nur in Höhe des in der Rahmenvereinbarung für das maßgebliche Hilfsmittel vereinbarten Vertragspreises erstattungsfähig. Ist eine Versorgung mit einem Hilfsmittel aus dem für die Versicherten der Postbe-

amtenkrankenkasse geführten Hilfsmittelpool möglich, sind Aufwendungen für die Anschaffung des Hilfsmittels nur in Höhe der Vertragspreise für eine Versorgung aus dem Hilfsmittelpool erstattungsfähig. Satz 1 und Satz 2 gelten auch, wenn die Anschaffung des Hilfsmittels nicht nach Absatz 6 genehmigungspflichtig ist oder das Mitglied Leistungen von einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer in Anspruch nimmt, mit dem keine Rahmenvereinbarung besteht. Mit der Genehmigung nach Absatz 6 oder auf Anfrage wird das Mitglied über die Höhe des erstattungsfähigen Betrages informiert.

(8) Bestehen im Einzelfall für bestimmte Hilfsmittel keine Rahmenvereinbarungen nach Maßgabe von Absatz 7, besteht ein Anspruch auf Erstattung nur bis zur Höhe des Betrages, der von der Postbeamtenkrankenkasse auf der Grundlage zumindest eines Vergleichsangebots ermittelt wird.

§ 35a Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind erstattungsfähig, wenn die digitalen Gesundheitsanwendungen

- a) in dem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten und im Bundesanzeiger nach § 139e Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bekannt gemachten Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen aufgeführt sind und
- b) von einer Ärztin, einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten verordnet worden sind.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Standardversion der digitalen Gesundheitsanwendungen, sofern nicht die medizinische oder therapeutische Notwendigkeit einer erweiterten Version durch Vorlage einer ärztlichen oder therapeutischen Bescheinigung nachgewiesen wird. Aufwendungen für Zubehör der digitalen Gesundheitsanwendung sind erstattungsfähig, wenn das Zubehör ausschließlich für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung zwingend erforderlich ist

(2) Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- a) die Beschaffung, den Betrieb und die technische Anbindung der zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte,
- b) die zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Telekommunikationsdienstleistungen,
- c) Zweit- oder Mehrfachbeschaffungen der digitalen Gesundheitsanwendungen zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten; dies gilt auch für
- d) eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung, die Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet, und
- e) Zubehör, das den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist, etwa Aktualisierungs- oder Ergänzungssoftware für Betriebsprogramme, Kopfhörer, Mikrofone oder vergleichbare Hardware und digitale Waagen.

§ 36 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) Erste Hilfe,
- b) eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und
- c) notwendige Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte Mitglieder oder mitversicherte Angehörige bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, bei Verabreichung von Heilmitteln, bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Zahnersatzversorgung oder

Pflegeleistungen, wenn in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde. Die Notwendigkeit für den Einsatz einer Kommunikationshilfe ist gegeben, wenn im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringerin oder Leistungserbringer und dem Mitglied oder der mitversicherten Person nur so gewährleistet werden kann.

(2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Registrierung von Mitgliedern oder mitversicherten Angehörigen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register. Für Mitglieder und Mitversicherte, die einem Mitglied oder einer anderen bei der Postbeamtenkrankenkasse mitversicherten Person ein Organ oder Gewebe spenden, gelten die Absätze 2 und 3 des Beschlusses 2.2 entsprechend. Gleiches gilt bei einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach Maßgabe von § 9 Transfusionsgesetz.

§ 37 Krankenhausleistungen

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 für voll- und teilstationäre Untersuchungen und Behandlungen in

- a) nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern,
 - die nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
 - die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder
 - die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben oder
- b) sonstigen Krankenhäusern im Sinne von § 107 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

(2) Bei voll- und teilstationären Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern nach Absatz 1 sind Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz oder § 2 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung,
- b) gesondert berechnete Kosten für eine medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz oder - wenn eine Mitaufnahme der Begleitperson im Krankenhaus nicht möglich ist - die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung außerhalb des Krankenhauses,
- c) gesondert berechnete Entgelte für belegärztliche Leistungen nach § 18 Krankenhausentgeltgesetz oder § 16 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung,
- d) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen nach § 17 Krankenhausentgeltgesetz oder § 16 Satz 2 Bundespflegesatzverordnung, sofern diese gegenüber einem Mitglied der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C oder gegenüber einer bei diesem Mitglied mitversicherten Person erbracht worden sind; die §§ 31, 32 und 33 finden insoweit Anwendung.

(3) Abweichend von Absatz 2 Buchstabe a) sind die bei Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern nach Absatz 1 Buchstabe b) entstandenen Aufwendungen wie folgt erstattungsfähig:

- a) bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden,
 - allgemeine Krankenhausleistungen nach Absatz 2 Buchstabe a) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung des zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden, einheitlichen

- Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 Satz 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt,
- die nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgliederten Pflegepersonalkosten und zwar für jeden Belegungstag die maßgebliche Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert mit dem in § 15 Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Betrages und
 - Zusatzentgelte, sofern sie in der Rechnung ausgewiesen sind, bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe;
- b) bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach Absatz 1 Buchstabe a) nach dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in psychosomatischen Einrichtungen abgerechnet werden:
- das nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkataloges berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 Euro und
 - Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkataloges ausgewiesenen Beträgen und
 - ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkataloges bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes von 300 Euro,
- c) Entgelte für eine Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste.

Vor der Aufnahme in das Krankenhaus kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Postbeamtenkrankenkasse zur Prüfung eingereicht werden.

(4) In Krankenhäusern nach Absatz 1 Buchstabe a) sind Aufwendungen erstattungsfähig

- a) für vor- und nachstationäre Untersuchungen und Behandlungen gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
- b) für ambulantes Operieren und andere stationersetzende Eingriffe gemäß § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und
- c) für ambulante spezialärztliche Versorgung gemäß § 116b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

In den Fällen des Buchstaben a) sind zusätzlich wahlärztliche Leistungen nach § 17 Krankenhausentgeltgesetz oder § 16 Satz 2 Bundespflegesatzverordnung erstattungsfähig, sofern diese gegenüber einem Mitglied der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C oder gegenüber einer bei diesem Mitglied mitversicherten Person erbracht worden sind; die §§ 31, 32 und 33 finden insoweit Anwendung.

(5) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld gemäß § 115d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

(6) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus für zehn Tage je Krankenhausbehandlung.

(7) Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit von Krankenhausleistungen ist das Mitglied verpflichtet, der Postbeamtenkrankenkasse auf Verlangen die vom Krankenhaus erstellte Rechnung und - sofern vorhanden - die Entlassungsanzeige vorzulegen, welche die für die Prüfung notwendigen Angaben aus § 8 Absatz 9 Krankenhausentgeltgesetz und § 17c Absatz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz enthalten.

§ 38 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

- (1) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig, wenn die häusliche Krankenpflege
- a) medizinisch erforderlich ist, um eine gebotene Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen oder um das Ziel einer erforderlichen ärztlichen Behandlung zu sichern; gleiches gilt, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist,
 - b) nicht länger als vier Wochen dauert,
 - c) nicht durch die erkrankte Person selbst oder durch eine andere, in deren Haushalt lebende, Person durchgeführt werden kann und
 - d) im eigenen Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

Bei ambulanter Palliativversorgung und in sonstigen Ausnahmefällen können die Aufwendungen für einen über vier Wochen hinausgehenden Zeitraum als erstattungsfähig anerkannt werden, wenn die häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum erforderlich ist und dies in der Bescheinigung nach Absatz 3 bestätigt wird. Die zeitliche Befristung auf vier Wochen findet keine Anwendung, wenn eine Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

- (2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 umfasst
- a) Behandlungspflege,
 - b) Grundpflege,
 - c) hauswirtschaftliche Versorgung,
 - d) verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen,
 - e) ambulante psychiatrische Krankenpflege und
 - f) ambulante Palliativversorgung.

Der Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für eine in den Buchstaben a) bis c) genannte Verrichtung ist ausgeschlossen, wenn hierfür Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder der Privaten Pflegepflichtversicherung gewährt werden. Abweichend hiervon sind Aufwendungen für Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung auch während einer vollstationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung erstattungsfähig, wenn die Behandlungspflege bei besonders hohem Bedarf für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich ist. Entsprechendes gilt bei einem - auch nur vorübergehend bestehenden - besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege in Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben dieser Räumlichkeiten gehört. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht erstattungsfähig.

- (3) Die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege und deren voraussichtliche Dauer sind durch Vorlage einer Bescheinigung nachzuweisen. Diese Bescheinigung muss auch Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der häuslichen Krankenpflege enthalten. Die Bescheinigung muss erstellt sein durch
- a) eine Ärztin oder einen Arzt bei einer häuslichen Krankenpflege oder einer Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 6,
 - b) eine Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde, für Neurologie, für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie bei einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege oder
 - c) eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut darf in therapeutisch begründeten Fällen die Bescheinigung auch erstellen für Personen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Prüfung des Erstattungsanspruchs Nachweise über die Art und den zeitlichen Umfang der geleisteten Verrichtungen zu verlangen.

(4) Wird häusliche Krankenpflege durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Partnerin oder den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, ein Elternteil oder durch ein Kind des Mitgliedes oder der mitversicherten Person erbracht, sind erstattungsfähig:

- a) die Fahrtkosten der Hilfe leistenden Person und
- b) eine Vergütung an die Hilfe leistende Person bis zur Höhe der infolge der Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

(5) Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts einer Pflegekraft der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger erstattungsfähig. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine in der Bescheinigung nach Absatz 3 für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft erstattungsfähig.

(6) Ist eine häusliche Krankenpflege

- a) bei schwerer Krankheit oder
- b) wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit,

insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor, sind die Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege in einer gemäß § 72 Elftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen stationären Einrichtung oder in anderen geeigneten Einrichtungen erstattungsfähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist. Der Anspruch ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Erstattungsfähig sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Sinne von § 42 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

(7) Ohne Vorliegen der Voraussetzungen aus Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a) sind Aufwendungen für eine Grundpflege und eine hauswirtschaftliche Versorgung erstattungsfähig, wenn diese wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, erforderlich sind. Im Übrigen gelten Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b) bis d) und Satz 2, Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 und 4.

(8) Aufwendungen für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden sind erstattungsfähig. Dies gilt auch, wenn die Versorgung in spezialisierten Einrichtungen erbracht wird.

§ 38a Außerklinische Intensivpflege

(1) Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind erstattungsfähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, eine ärztliche Bescheinigung zu verlangen, aus der sich der besonders hohe Be-

darf an medizinischer Behandlungspflege, wie der Ort, die Dauer, der notwendige Umfang der medizinischen Behandlungspflege, insbesondere zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, hervorgeht. Bei einer Änderung des Gesundheitszustandes oder nach zwölf Monaten seit Erstellung der jeweiligen ärztlichen Bescheinigung kann die Postbeamtenkrankenkasse die Vorlage einer neuen ärztlichen Bescheinigung nach Satz 2 verlangen.

(2) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind – unter Anrechnung der erhaltenen Pflegepauschalen aus der Pflegeversicherung – folgende Aufwendungen erstattungsfähig:

- a) pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung,
- b) Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
- c) betriebsnotwendige Investitionskosten,
- d) Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Entfällt der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Aufwendungen nach Satz 1 für weitere sechs Monate ab Wegfall des besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege erstattungsfähig, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.

(3) Aufwendungen nach § 38 sind nicht neben den in den Absätzen 1 und 2 genannten Aufwendungen erstattungsfähig.

§ 38b Familien- und Haushaltshilfe

(1) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe einschließlich der erforderlichen Fahrtkosten sind erstattungsfähig, wenn

- a) das den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte Person den Haushalt wegen einer außerhäuslichen Unterbringung (§§ 37, 38c Absatz 2, 40 Absatz 1, 43 und 44) nicht weiterführen kann,
- b) durch die Familien- und Haushaltshilfe ein an sich medizinisch erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt des Mitgliedes oder der mitversicherten Person vermieden werden kann,
- c) das den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte Person bei schwerer Krankheit oder bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, die Führung des Haushaltes noch nicht wieder - auch nicht teilweise - übernehmen kann,
- d) das den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte Person verstorben ist.

(2) Voraussetzung für eine Erstattungsfähigkeit ist, dass im Haushalt mindestens das Mitglied oder eine nach § 4 Absatz 1 oder Absatz 2 Bundesbeihilfeverordnung berücksichtigungsfähige Person verbleibt, das bzw. die pflegebedürftig ist oder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt - auch nicht an einzelnen Tagen - weiterführen kann. Abweichend hiervon sind in den Fällen des Absatzes 1 Buchstaben b) und c) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe eines alleine lebenden Mitglieds erstattungsfähig.

(3) Das Vorliegen der Voraussetzungen und deren Dauer sind in den Fällen des Absatzes 1 Buchstaben b) und c) durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Diese muss auch die Diagnose enthalten.

(4) Die Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe sind in den Fällen des Absatzes 1 Buchstabe c) höchstens für die ersten 28 Tage ab Vorliegen der Voraussetzungen erstattungsfähig. In den Fällen des Absatzes 1 Buchstabe d) sind die Aufwendungen für höchstens 6 Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für höchstens 12 Monate ab dem Todesfall erstattungsfähig.

(5) Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, ein Elternteil oder ein Kind des Mitgliedes oder der mitversicherten Person erbracht, sind nur folgende Aufwendungen erstattungsfähig:

- a) Fahrtkosten der Hilfe leistenden Person und
- b) Vergütung an die Hilfe leistende Person bis zur Höhe der infolge der Familien- und Haushaltshilfe ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

(6) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter 12 Jahren oder pflegebedürftige mitversicherte Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe erstattungsfähig.

§ 38c Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind erstattungsfähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre palliativmedizinische Versorgung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe erstattungsfähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.

§ 38d Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Erstattungsfähig sind entsprechend § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

§ 39 Fahrtkosten

(1) Aus Anlass einer Krankheit sind erstattungsfähig die Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

- a) im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen einschließlich vor- und nachstationären Krankenbehandlungen,
- b) anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus,
- c) anlässlich einer ambulanten Operation und damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen, wenn dadurch eine stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird,
- d) mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird,

- e) zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen gemäß § 45 Absatz 1 und Absatz 3 sowie die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen, oder
- f) um ein untergebrachtes, schwer erkranktes mitversichertes Kind zu besuchen, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei dem zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind.

Satz 1 gilt entsprechend für Fahrten, die durch Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nach § 28 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verordnet worden sind, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.

- (2) Ohne ärztliche Verordnung sind Aufwendungen erstattungsfähig für
- a) Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
 - b) notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie,
 - c) Fahrten nach Absatz 1 Buchstabe a) bis e) bei einem Mitglied oder einer mitversicherten Person mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind), „H“ (hilflos) oder einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5; das Mitglied ist verpflichtet, auf Verlangen der Postbeamtenkrankenkasse eine Kopie des Schwerbehindertenausweises oder der Leistungszusage der Pflegeversicherung vorzulegen, oder
 - d) Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Postbeamtenkrankenkasse der Verlegung zugestimmt hat.

Das Mitglied ist verpflichtet, auf Verlangen der Postbeamtenkrankenkasse geeignete Nachweise vorzulegen, aus denen sich der Anlass der Fahrt ergibt.

(3) Wirtschaftlich angemessen sind nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Mitglieds oder der mitversicherten Person und dem Ort der nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort. Fahrten mit einem Taxi sind erstattungsfähig, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann.

- (4) Nicht erstattungsfähig sind
- a) Aufwendungen für die Beförderung anderer Personen als der erkrankten Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,
 - b) Aufwendungen für das Gepäck bei Benutzung privater Kraftfahrzeuge,
 - c) Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen,
 - d) Fahrt- und Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, sofern hierzu das Aufenthaltsland verlassen wird.

§ 40 Unterkunftskosten

(1) Aufwendungen für die Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher oder psychotherapeutischer Leistungen sind erstattungsfähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, so sind die Kosten für deren Unterkunft ebenfalls erstattungsfähig. Diese Bestimmung findet keine Anwendung bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen oder vergleichbaren Maßnahmen.

(2) Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung verabreicht, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind als Unterkunftskosten auch Pauschalen erstattungsfähig. Dies gilt auch, wenn die Pauschalen einen Verpflegungsanteil enthalten. Dies gilt nicht für Versicherte, die Leistungen nach § 39 der Bundesbeihilfeverordnung erhalten.

§ 41 Soziotherapie

(1) Aufwendungen für Soziotherapie sind erstattungsfähig, wenn Mitglieder oder mitversicherte Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung richtet sich nach § 37a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien).

(2) Jede Verordnung von Soziotherapie bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Postbeamtenkrankenkasse. Dies gilt nicht für maximal fünf Therapieeinheiten, um die Wahrnehmung der Überweisung zu einer Ärztin oder einem Arzt mit entsprechender Gebietsbezeichnung oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeut zur Überprüfung der Indikation für Soziotherapie zu ermöglichen sowie fünf Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit und zur Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans.

§ 42 Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht werden, sind abweichend von § 30 Absatz 2 Satz 7 und § 34 Absatz 1 erstattungsfähig. Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht..

(2) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119 Absatz 1 Satz 1 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden, sind erstattungsfähig. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht erstattungsfähig.

(3) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind erstattungsfähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und der Postbeamtenkrankenkasse, Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfeträgern abgeschlossen wur-

den oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.

(4) Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen oder psychosomatischen Institutsambulanzen sind entsprechend § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erstattungsfähig.

(5) Bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Personen, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen

- a) durchgeführt werden im Anschluss an eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus nach § 37 Absatz 1 oder eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne von § 43 Absatz 1 Buchstabe a) oder Buchstabe c) und
- b) erforderlich sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

§ 43 Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

(1) Aufwendungen nach Maßgabe des Absatz 5 sind erstattungsfähig für

- a) stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in einer stationären Einrichtung, die
 - gemäß § 111 Absatz 2 (i.V.m. § 107 Absatz 2) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassen ist,
 - von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben wird,
 - mit einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einen Vertrag nach § 21 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch abgeschlossen hat oder
 - in Ländern der Europäischen Union im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist,
- b) Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für das Mitglied oder mitversicherte Angehörige in gemäß § 111a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder zugelassenen gleichartigen Einrichtungen,
- c) familienorientierte Rehabilitationen für mitversicherte Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen und Mukoviszidose leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert,
- d) ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder in anderen geeigneten, wohnortnahen Einrichtungen,
- e) Anschlussheilbehandlungen als medizinische Rehabilitation in geeigneten Einrichtungen
 - im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung,
 - im Zusammenhang mit einem solchen Krankenhausaufenthalt oder
 - nach einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Strahlen- oder Chemotherapie oder
- f) Suchtbehandlungen in geeigneten Einrichtungen als medizinische Rehabilitation oder Entwöhnung bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit.

(2) Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist, dass die Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann. Das Mitglied hat der Postbeamtenkrankenkasse eine entsprechende ärztliche Verordnung vorzulegen. Bei einer Anschlussheilbehandlung und Suchtbehandlung nach Absatz 1 Buchstabe e) und f) muss die Rehabilitationsmaßnahme nach Art und Dauer in der ärztlichen Verordnung begründet sein. Anstelle einer ärztlichen Verordnung ist bei

psychischen und psychosomatischen Erkrankungen auch die Vorlage einer entsprechenden Verordnung eines Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Psychologischen Psychotherapeutin ausreichend.

(3) Die Erstattungsfähigkeit ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied bzw. die mitversicherte Person gegenüber anderen Kostenträgern Anspruch auf Übernahme der Kosten der Rehabilitationsmaßnahme hat. Dies gilt nicht bei Ansprüchen gegenüber dem Träger der Sozialhilfe oder gegenüber einem Beihilfeträger. Die Erstattungsfähigkeit für Aufwendungen einer Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 Buchstabe a) oder b) ist weiter ausgeschlossen, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren eine von der Postbeamtenkrankenkasse als erstattungsfähig anerkannte ambulante Rehabilitationsbehandlung in einem anerkannten Kurort gemäß § 44 oder eine Rehabilitationsmaßnahme gemäß § 43 Absatz 1 Buchstabe a) oder b) durchgeführt und beendet worden ist. Dies gilt nicht, wenn aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme in kürzeren Abständen dringend erforderlich ist, weil bei der zu behandelnden Person

- a) eine schwerwiegende, einen Krankenhausaufenthalt erfordernde Erkrankung aufgetreten ist oder
- b) eine schwere chronische Erkrankung vorliegt.

Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über das Vorliegen dieser medizinischen Gründe ein Gutachten eines Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft einzuholen.

(4) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a), b), d) oder f) sind nur erstattungsfähig, wenn die Postbeamtenkrankenkasse auf Antrag des Mitgliedes die Erstattungsfähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach schriftlich anerkannt hat. Dies gilt auch für Aufwendungen, die für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson entstehen. In Ausnahmefällen kann die Postbeamtenkrankenkasse die Erstattungsfähigkeit auch nachträglich anerkennen. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über die Anerkennung bei einem Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft ein Gutachten einzuholen

- a) über die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme,
- b) über die Geeignetheit der vorgesehenen Einrichtung,
- c) darüber, ob die Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
- d) darüber, ob eine Fahrt mit einem Taxi medizinisch notwendig ist, und
- e) über die medizinische Notwendigkeit einer Begleitperson.

Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von 4 Monaten nach der Anerkennung begonnen, entfällt die Erstattungsfähigkeit für die Aufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme. Gleiches gilt, wenn die Rehabilitationsmaßnahme in einer anderen als in der Anerkennung festgelegten Einrichtung durchgeführt wird

(5) Bei Rehabilitationsmaßnahmen sind Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen gemäß § 31,
- b) Arzneimittel und Verbandmittel gemäß § 33,
- c) Heilmittel gemäß § 34 Absatz 1,
- d) Familien- und Haushaltshilfe gemäß § 38b,
- e) Unterkunft, Verpflegung und Pflege,
- f) die Hin- und Rückfahrt mit
 - regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln oder mit privaten Kraftfahrzeugen einschließlich Gepäckbeförderungskosten,
 - einen aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen gemäß § 39 Absatz 1 Buchstabe d),

- in den Fällen nach Absatz 1 Buchstabe a) und Absatz 1 Buchstabe e) und f) mit einem Taxi, wenn der Transport medizinisch notwendig ist; in den Fällen des Absatz 1 Buchstabe e) und f) muss die Postbeamtenkrankenkasse die Fahrt mit dem Taxi vor Beginn der Maßnahme anerkannt haben,
- g) den ärztlichen Schlussbericht,
- h) Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson,
- i) den tatsächlich erlittenen nachgewiesenen Verdienstaussfall einer Begleitperson,
- j) die Kurtaxe, auch für die Begleitperson.

Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe d) sind Aufwendungen für die Hin- und Rückfahrt nicht erstattungsfähig, sofern eine kostenfreie Transportmöglichkeit der Rehabilitationseinrichtung genutzt werden kann. Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a) bis c) sind Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 21 Kalendertage (ohne Tag der An- und Abreise) erstattungsfähig. Die zeitliche Befristung auf 21 Kalendertage kann bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a) und Buchstabe c) verlängert werden, wenn die Postbeamtenkrankenkasse einer Verlängerung zustimmt. Eine Zustimmung wird erteilt, wenn die Verlängerung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Das Mitglied hat der Postbeamtenkrankenkasse ein fachärztliches Gutachten der Rehabilitationseinrichtung zu den medizinischen Gründen vorzulegen. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Verlängerung ein Gutachten eines Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft einzuholen.

(6) Aufwendungen nach Absatz 5 Buchstabe h) und i), die anlässlich der Mitaufnahme einer Begleitperson im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme entstanden sind, sind nur erstattungsfähig, sofern aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme der Begleitperson zwingend erforderlich ist. Eine medizinische Erforderlichkeit liegt vor, wenn

- a) aus schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung einer Person, welche das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme gefährden würde,
- b) die zu behandelnde Person wegen einer schweren Behinderung einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann oder
- c) während der stationären Rehabilitationsmaßnahme eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

Die medizinische Erforderlichkeit ist durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen.

(7) Wird eine Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung durchgeführt, die von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben wird oder die einen Versorgungsvertrag oder eine Vergütungsvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger abgeschlossen hat, ist der niedrigste pauschale Tagespflegesatz bzw. der niedrigste pauschale Tagessatz erstattungsfähig. Dieser umfasst

- a) in den Fällen des Absatzes 1 Buchstabe a), b), c), e), f) die Kosten für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel, Heilmittel sowie die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege und
- b) in den Fällen des Absatzes 1 Buchstabe d) die Kosten für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel sowie Heilmittel.

(8) Wird die Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 Buchstabe e) oder f) in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111

Absatz 2 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch besteht, ist der pauschale Pflegesatz der Einrichtung erstattungsfähig, soweit die entsprechend anwendbaren täglichen Gesamtbeträge aus § 37 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe b) nicht überschritten werden. Der pauschale Pflegesatz umfasst die Kosten für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel, Heilmittel sowie die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege.

§ 44 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen nach Maßgabe des Absatzes 6 für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort. Voraussetzung ist, dass die Aufwendungen für

- a) ein Mitglied der Gruppe A oder B 1 entstanden sind, das in einem aktiven beamtenrechtlichen Dienstverhältnis oder in einem Arbeitsverhältnis steht,
- b) mitversicherte Angehörige eines Mitglieds der Gruppe A oder B 1 entstanden sind, sofern die Angehörigen in einem aktiven beamtenrechtlichen Dienstverhältnis stehen und
- c) ein Mitglied der Gruppe B 2 oder B 3 entstanden sind, das in einem Arbeitsverhältnis steht.

(2) Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist, dass die ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort

- a) ärztlich verordnet worden ist,
- b) unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan durchgeführt wird,
- c) der Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienst- bzw. Arbeitsfähigkeit dient,
- d) nach schwerer Erkrankung zur Beseitigung oder Linderung der Beschwerden erforderlich ist oder bei erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung notwendig ist und
- e) nicht durch eine andere Heilmaßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht am Wohnort der zu behandelnden Person oder an einem anderem Ort erbracht werden kann, der auf einer üblicherweise befahrenen Strecke von weniger als 30 Kilometer vom Wohnort der zu behandelnden Person zu erreichen ist.

(3) Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn die Postbeamtenkrankenkasse auf Antrag des Mitgliedes die Erstattungsfähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach schriftlich anerkannt hat. Dies gilt auch für Aufwendungen, die für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson entstehen. Die Anerkennung setzt voraus, dass eine vom Mitglied mit dem Antrag vorzulegende ärztliche Bescheinigung Aussagen über die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme enthält und darüber, ob die Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine andere Heilmaßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht am Wohnort oder einem anderen Ort ersetzt werden kann. Anstelle einer ärztlichen Bescheinigung kann eine entsprechende Bescheinigung einer Psychologischen Psychotherapeutin, eines Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgelegt werden, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie besteht. Wird keine ärztliche Bescheinigung vorgelegt, oder enthält diese keine für eine Anerkennung ausreichenden Aussagen, ist die Postbeamtenkrankenkasse berechtigt, hierzu ein Gutachten bei einem Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft einzuholen. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von 4 Monaten nach der Anerkennung begonnen, entfällt die Erstattungsfähigkeit für die Aufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme. Gleiches gilt, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht in dem von der Postbeamtenkrankenkasse festgelegten Kurort durchgeführt wird.

(4) Die Erstattungsfähigkeit ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied bzw. die mitversicherte Person gegenüber anderen Kostenträgern Anspruch auf Übernahme der Kosten der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort hat. Dies gilt nicht bei Ansprüchen gegenüber dem Träger der Sozialhilfe oder gegenüber einem Beihilfeträger. Die Erstattungsfähigkeit ist weiter ausgeschlossen, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine von der Postbeamtenkrankenkasse als erstattungsfähig anerkannte ambulante Rehabilitationsbehandlung in einem anerkannten Kurort oder eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a) oder b) durchgeführt und beendet worden ist. Dies gilt nicht, wenn aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme in kürzeren Abständen dringend erforderlich ist, weil bei der zu behandelnden Person

- a) eine schwerwiegende, einen Krankenhausaufenthalt erfordernde Erkrankung aufgetreten ist oder
- b) eine schwere chronische Erkrankung vorliegt.

Die Postbeamtenkrankenkasse kann zur Entscheidung über das Vorliegen dieser medizinischen Gründe ein Gutachten eines Sachverständigen oder einer Sachverständigenesellschaft einholen.

(5) Anerkannte Kurorte sind die Heilbäder und Kurorte, die vom Bundesministerium des Innern und für Heimat durch Rundschreiben bekannt gegeben werden. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden. Die Postbeamtenkrankenkasse kann im Einzelfall einen anderen Kurort außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, der innerhalb der Europäischen Union liegt und nicht in der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat durch Rundschreiben bekannten Übersicht enthalten ist, als geeignet anerkennen.

(6) Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort sind Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen gemäß § 31,
- b) Arzneimittel und Verbandmittel gemäß § 33,
- c) Heilmittel gemäß § 34 Absatz 1,
- d) Familien- und Haushaltshilfe gemäß § 38b,
- e) für Unterkunft und Verpflegung,
- f) die Hin- und Rückfahrt mit
 - regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln oder mit privaten Kraftfahrzeugen einschließlich Gepäckbeförderungskosten,
 - einen aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen gemäß § 39 Absatz 1 Buchstabe d),
 - mit einem Taxi, wenn der Transport medizinisch notwendig ist und die Postbeamtenkrankenkasse die Fahrt mit dem Taxi vor Beginn der Maßnahme anerkannt hat,
- g) Kosten für den ärztlichen Schlussbericht,
- h) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson,
- i) die Kurtaxe, auch für die Begleitperson.

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind für höchstens 21 Kalendertage (ohne Tag der An- und Abreise) erstattungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson gelten die Voraussetzungen des § 43 Absatz 6 entsprechend.

(7) Die Mitglieder der Gruppe A haben freie Wahl unter den Badeärztinnen oder Badeärzten, mit denen die Postbeamtenkrankenkasse einen Vertrag über die Leistungserbringung abgeschlossen hat. Aufwendungen für die Behandlung durch andere Badeärzte oder Badeärztinnen sind nicht erstattungsfähig.

(8) Unabhängig von den in Absatz 1 und 2 geregelten Voraussetzungen sind Aufwendungen für eine ambulante Rehabilitation des Mitglieds oder der mitversicherten Person erstattungsfähig, wenn eine Behandlung wegen Neurodermitis oder Psoriasis in einem geeigneten Kurort am Toten Meer erfolgt. Voraussetzung ist, dass

- a) die Rehabilitationsmaßnahme ärztlich verordnet worden ist,
- b) die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind und
- c) durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist, dass die Behandlung wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten notwendig ist.

Die Aufwendungen sind nach Maßgabe des Absatzes 6 erstattungsfähig. Sie sind nur erstattungsfähig, wenn die Postbeamtenkrankenkasse auf Antrag des Mitgliedes die Erstattungsfähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach schriftlich anerkannt hat. Dies gilt auch für Aufwendungen, die für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson entstehen. Die Postbeamtenkrankenkasse kann zur Entscheidung, ob die Behandlung wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten notwendig ist, ein Gutachten bei einem Sachverständigen oder einer Sachverständigen-gesellschaft einholen. Absatz 4 findet Anwendung.

§ 45 Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung von Krankheiten und zur medizinischen Vorsorge sind erstattungsfähig für

- a) eine einmalig durchgeführte ärztliche Maßnahme bei Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis Vollendung des 35. Lebensjahres, insbesondere Maßnahmen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus,
- b) eine jedes dritte Jahr durchgeführte ärztliche Maßnahme bei Personen ab Vollendung des 35. Lebensjahres; insbesondere Maßnahmen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus,
- c) ärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen und für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme,
- d) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko, wenn die Leistungen in einem der im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs nach Maßgabe der Anlage 14 zu § 41 Absatz 3 der Bundesbeihilfeverordnung erbracht werden,
- e) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik und Gendiagnostik im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko, wenn die Leistungen durch eine Universitätsklinik des Verbundprojekts „Familiärer Darmkrebs“ nach Maßgabe der Anlage 15 zu § 41 Absatz 4 der Bundesbeihilfeverordnung erbracht werden,
- f) ärztliche Maßnahmen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden (Untersuchungsstufen U 1 bis U 9) und ärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen nach Vollendung des 12. Lebensjahres bis zum vollendeten 15. Lebensjahr (Vorsorgeuntersuchung J 1); die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei

- Kindern und zur Jugendgesundheitsuntersuchung finden entsprechende Anwendung,
- g) ärztliche Maßnahmen bei Kindern nach Vollendung des 7. Lebensjahres bis zur Vollendung des 9. Lebensjahres (U 10 – Vorsorge im Grundschulalter) und bei Kindern nach Vollendung des 9. Lebensjahres bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres (U 11 – Vorsorge in einer wichtigen Schulphase) und ärztliche Maßnahmen bei Jugendlichen nach Vollendung des 16. Lebensjahres bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (Vorsorgeuntersuchung J 2),
 - h) Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz
 - i) einmaliges Screening auf Bauchortenaneurysmen für männliche Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, und
 - j) ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV und Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.

Im Übrigen finden die Regelungen der §§ 25, 25a und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die hierzu ergangenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechend Anwendung.

(2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind erstattungsfähig für

- a) Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- b) Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe),
- c) prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

(3) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen in Form der Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen. Voraussetzung ist, dass die Schutzimpfung auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert-Koch-Institut oder mit besonderer Begründung in die Anlage 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen aufgenommen wurde; auch im Übrigen findet diese Richtlinie entsprechende Anwendung. Abweichend von Satz 2 sind ferner Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) Frühsommer-Meningoenzephalitis- (FSME-) Schutzimpfungen ohne Einschränkung,
- b) Gripeschutzimpfungen ohne Einschränkungen.

(4) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) Fluoridierungsmittel zur Vorbeugung gegen Karies, wenn diese im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung nach Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) oder einer Individualprophylaxe nach Absatz 2 Satz 1 Buchstabe b) ärztlich oder zahnärztlich verordnet worden sind und
- b) Vitamin-D-Präparate zur Vorbeugung gegen Rachitis, wenn diese für eine Person, die das 3. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, bestimmt sind und ärztlich verordnet worden sind.

§ 46 Schwangerschaft und Geburt

Bei Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach den §§ 31 bis 39 erstattungsfähig Aufwendungen für

- a) ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,
- b) die Hebamme oder den Entbindungspfleger,

- c) von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- d) die Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu 2 Wochen nach der Geburt. § 38 Absatz 4 findet entsprechende Anwendung.

§ 47 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind nach Maßgabe des § 43 der Bundesbeihilfeverordnung erstattungsfähig.

(2) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind erstattungsfähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist. Die Kosten einer Refertilisierung nach vorausgegangener, medizinisch nicht notwendiger Sterilisation sind nicht erstattungsfähig.

(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung zu Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und der ärztlich verordneten empfängnisregelnden Mittel sind erstattungsfähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr erstattungsfähig, es sei denn, die Mittel sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht erstattungsfähig.

(4) Für einen nach ärztlicher Bescheinigung nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (kriminologische, embryopathische oder medizinische Indikation) sind Aufwendungen nach den §§ 31, 33, 37, 38a, 39 und 40 Absatz 1 erstattungsfähig. Daneben sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs erstattungsfähig.

§ 48 Aufwendungen im Ausland

(1) Aufwendungen für die in §§ 31 bis 43, 45 und 46 geregelten Leistungen, die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union entstanden sind, werden wie im Inland entstandene Aufwendungen erstattet. § 30 Absatz 2 Satz 6 und 7 sind nicht anzuwenden. In einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union entstandene Aufwendungen für eine stationäre Behandlung in einem mit den in § 37 Absatz 1 Buchstabe a) genannten öffentlichen Krankenhäusern vergleichbarem Krankenhaus sind erstattungsfähig; in einem privaten Krankenhaus entstandene Aufwendungen sind nach Maßgabe des § 37 Absatz 2 und 3 erstattungsfähig. Zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und der wirtschaftlichen Angemessenheit der im Ausland entstandenen Aufwendungen ist das Mitglied verpflichtet, der Postbeamtenkrankenkasse neben dem Rechnungsbeleg auf Anforderung Nachweise über die behandelte Krankheit und die erbrachten medizinischen Leistungen sowie eine Übersetzung des Rechnungsbeleges vorzulegen.

(2) Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind erstattungsfähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und erstattungsfähig wären. Absatz 1 Satz 4 findet Anwendung.

(3) Ohne Beschränkung auf die im Inland entstehenden Kosten sind außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 und 2 erstattungsfähig, wenn

- a) sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1.000,- Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
- b) in der Nähe der deutschen Grenze wohnende Versicherte bei akutem Behandlungsbedarf das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten,
- c) Versicherte zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder
- d) die Erstattungsfähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Erstattungsfähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Postbeamtenkrankenkasse beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist. Nach erfolgter Anerkennung können die Fahrtkosten nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes (je Kilometer 20 Cent) erstattet werden. In Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

Für Aufwendungen nach Absatz 1 von Mitgliedern der Gruppe B 3 werden bei Dienstreisen ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland Leistungen in Höhe der nach Abschnitt IV Absatz 2 Leistungsordnung B zustehenden Beihilfe gewährt, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können.

(4) Sind bei einem Mitglied der Gruppe A Aufwendungen während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wird das Mitglied einem Mitglied der Gruppe B 1 gleichgestellt. Dies gilt auch für Mitglieder der Gruppe A, die trotz der Verlegung ihres Wohnsitzes ins Ausland nicht gemäß § 14 Absatz 1 Buchstabe b) in die Mitgliedergruppe B überführt wurden. Abweichend hiervon besteht keine Erstattungsfähigkeit, wenn die Leistungsordnung A für die in Anspruch genommenen Verrichtungen und Leistungen keine Kassenleistungen vorsieht.

(5) Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden. Jedoch nur, wenn nach Bescheinigung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Der Umfang der Erstattungsfähigkeit richtet sich nach § 43, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 37 medizinisch indiziert ist.

(6) Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Leistungen geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird. Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1.000,- Euro ist eine Übersetzung beizufügen.

§ 49 Beginn und Ende der Leistungen

- (1) Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit dem Beginn der Mitgliedschaft oder der Mitversicherung. Ansprüche gelten zu dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die Leistung erbracht worden ist, die der Aufwendung zugrunde liegt.
- (2) Die Leistungen werden während des Bestehens der Mitgliedschaft oder der Mitversicherung ohne zeitliche Begrenzung gewährt.
- (3) Während des Ruhens der Mitgliedschaft oder der Mitversicherung besteht kein Leistungsanspruch.
- (4) Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit der Beendigung der Mitgliedschaft und der Mitversicherung.

III. Kapitel: Zusatzversicherung

§ 50 Allgemeines zur Zusatzversicherung

(1) Die Zusatzversicherung bietet einen zusätzlichen Versicherungsschutz. Sie besteht aus der

- a) Grundstufe,
- b) Aufbaustufe,
- c) Krankenhaustagegeldstufe mit bis zu 10 Schritten,
- d) Ergänzungsstufe mit bis zu 2 Schritten,
- e) Pfl egetagegeldstufe mit bis zu 3 Schritten,
- f) Stufe für Implantate, Sehhilfen und Hörgeräte (ISH-Stufe),
- g) Stufe der Auslandsreisekrankenversicherung (AKV-Stufe).

(2) Bei Vorliegen der Voraussetzungen haben die Versicherten Anspruch

- a) in der Grundstufe gemäß § 56 auf Krankenhaustagegeld bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung und gemäß § 58 auf Tagegeld bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme,
- b) in der Aufbaustufe gemäß § 56 auf Krankenhaustagegeld bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung,
- c) in der Krankenhaustagegeldstufe gemäß § 56 auf Krankenhaustagegeld bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung,
- d) in der Ergänzungsstufe gemäß § 57 auf Leistungen für aufgewendete Auslagen, Material- und Laborkosten bei Zahnersatz und gemäß § 57a für die Anschaffung oder Reparatur von Sehhilfen und gemäß § 58 auf Tagegeld bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme und gemäß § 58a für Fahrtkosten bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme,
- e) in der Pfl egetagegeldstufe gemäß § 59 auf Pfl egetagegeld bei Pflegebedürftigkeit,
- f) in der ISH-Stufe gemäß § 57a auf Leistungen für die Anschaffung oder Reparatur von Sehhilfen, gemäß § 60 für Aufwendungen bei implantologischen Leistungen einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten und gemäß § 60a für Aufwendungen bei Hörgeräten,
- g) in der AKV-Stufe gemäß § 60b auf Leistungen für krankheitsbedingte Aufwendungen bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten.

(3) Sofern die Satzungsbestimmungen über die Zusatzversicherung keine Regelung enthalten, gelten die Bestimmungen des II. und VI. Kapitels der Satzung entsprechend.

§ 51 Versichertenkreis und Voraussetzungen der Zusatzversicherung

(1) Auf Antrag des Mitglieds der Grundversicherung besteht Anspruch auf Aufnahme in die einzelnen Stufen bzw. Schritte der Zusatzversicherung für

- a) das Mitglied selbst,
- b) die Ehegattin, den Ehegatten, die Partnerin oder den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- c) die eigenen Kinder des Mitglieds und die in den Haushalt des Mitglieds aufgenommenen Stiefkinder und Pflegekinder,
- d) die in den Haushalt des Mitglieds aufgenommenen Enkelkinder des Mitglieds und
- e) die Enkelkinder des Mitglieds, denen vom Mitglied überwiegend Unterhalt gewährt wird.

Auf Antrag haben auch andere berechnigte Personen Anspruch auf Aufnahme in weitere Stufen oder Schritte der Zusatzversicherung; berechnigte Person ist, wer

- a) nach den bis zum 31.12.1994 geltenden Satzungsbestimmungen in zumindest eine Stufe der Zusatzversicherung aufgenommen wurde,
- b) als ehemaliges Mitglied der Grundversicherung zumindest eine Grundstufe, Aufbaustufe, Krankenhaustagegeldstufe, Pfl egetagegeldstufe oder ISH-Stufe aufrechterhalten hat,
- c) eine Grundstufe, Aufbaustufe, Krankenhaustagegeldstufe, Pfl egetagegeldstufe oder ISH-Stufe gemäß § 53 Absatz 4 oder 5 fortgesetzt hat.

Satz 2 gilt nicht für eine Aufnahme in die AKV-Stufe.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht kein Anspruch auf

- a) eine Aufnahme in die Grundstufe, wenn sich die zu versichernde Person in den letzten 6 Monaten vor dem Versicherungsbeginn länger als einen Tag in vollstationärer Krankenhausbehandlung befunden hat,
- b) eine Aufnahme in die Aufbaustufe,
- c) eine Aufnahme in die Krankenhaustagegeldstufe oder den Abschluss weiterer Schritte in der Krankenhaustagegeldstufe, wenn sich die zu versichernde Person in den letzten 6 Monaten vor dem Versicherungsbeginn länger als einen Tag in vollstationärer Krankenhausbehandlung befunden hat,
- d) eine Aufnahme in die Pfl egetagegeldstufe oder den Abschluss weiterer Schritte in der Pfl egetagegeldstufe, wenn die zu versichernde Person
 - nicht Mitglied der Grundversicherung oder in der Grundversicherung mitversichert ist oder ihre Mitgliedschaft bzw. Mitversicherung ruht,
 - ein Kind im Sinne von Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c), d) oder e) ist,
 - das 70. Lebensjahr überschritten hat oder
 - ein Sachverhalt des Absatz 6 vorliegt.

Eine mehrfache Aufnahme einer versicherten Person in eine Stufe der Zusatzversicherung ist ausgeschlossen.

(3) In den Fällen von Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c), d) und e) ist Voraussetzung für die Aufnahme in die Zusatzversicherung, dass das Kind

- a) im Familien- oder Auslandszuschlag oder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig ist,
- b) für das Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht oder
- c) es in der Grundversicherung mitversichert ist.

In der Grundversicherung mitversicherte Kinder des Mitgliedes sind in der AKV-Stufe versichert, ohne dass es eines Aufnahmeantrages bedarf. Gleiches gilt für Kinder, die zumindest in einer anderen Stufe der Zusatzversicherung versichert sind.

(4) Voll- und Halbwaisen, die gemäß § 12 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b) oder § 20 Absatz 2 eine eigene Mitgliedschaft in der Grundversicherung begründet haben, sind in der AKV-Stufe versichert, ohne dass es eines gesonderten Aufnahmeantrages bedarf.

(5) Zum 31.12.2017 bestehende Versicherungsverhältnisse in der Auslands-Kranken- ergänzungsversicherung werden ab dem 01.01.2018 in die AKV-Stufe überführt.

(6) Eine Aufnahme in die Pflegetagegeldstufe oder der Abschluss weiterer Schritte ist ausgeschlossen, wenn bereits das Bestehen einer Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde bzw. vor dem Zeitpunkt des Eingangs des Aufnahmeantrags ein Antrag auf Leistungen aus einer sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung gestellt wurde. Eine Aufnahme in die Pflegetagegeldstufe oder der Abschluss weiterer Schritte ist auch dann ausgeschlossen, wenn 5 Jahre vor dem Zeitpunkt des Eingangs des Aufnahmeantrags eines der nachfolgend dargestellten Krankheitsbilder diagnostiziert wurde:

Alzheimer, Apoplex, Demenz, behandlungsbedürftiger Diabetes mellitus, Frakturen und Amputationen mit anschließenden Beeinträchtigungen der Gehfähigkeit, chronische Hepatitis (außer A), Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, symptomatische koronare Herzkrankheit, HIV-Infektion, Hyperlipidämie, behandlungsbedürftige arterielle Hypertonie, Kinderlähmung, amyotrophe Lateralsklerose, Leberzirrhose, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Myokarditis, Niereninsuffizienz, Querschnittslähmung, Polyarthritits, Tumorerkrankungen.

Ebenso ist die Aufnahme oder der Abschluss weiterer Schritte ausgeschlossen bei einer Adipositas Grad II (Body-Mass-Index [Körpergewicht : Körpergröße²] größer oder gleich 35kg/m²).

§ 52 Beginn der Zusatzversicherung

(1) Die Versicherung in den einzelnen Stufen bzw. Schritten der Zusatzversicherung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Aufnahmeantrags bei der Postbeamtenkrankenkasse folgt. Abweichend von Satz 1 beginnt die Versicherung bei der AKV-Stufe mit Eingang des Aufnahmeantrages bei der Postbeamtenkrankenkasse. Im Aufnahmeantrag kann bestimmt werden, dass die Versicherung abweichend von Satz 1 und 2 zu einem späteren Zeitpunkt beginnen soll. Die Versicherung beginnt jedoch spätestens zum Ersten des dritten Monats, der auf den Monat des Eingangs des Antrags folgt.

(2) Abweichend von Absatz 1 beginnt die Versicherung in den einzelnen Stufen und Schritten bei

- a) Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen oder Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne von § 51 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b) mit dem Tag der Eheschließung bzw. mit dem Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft,
- b) Kindern im Sinne von § 51 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c) oder d) mit deren Geburt.

Voraussetzung ist, dass der Aufnahmeantrag innerhalb eines Monats nach diesem Ereignis bei der Postbeamtenkrankenkasse eingeht. Geht der Antrag nicht innerhalb dieser Frist ein, findet Absatz 1 Anwendung.

(3) In den Fällen des § 51 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 beginnt der Versicherungsschutz in der AKV-Stufe ab dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die Versicherung in der AKV-Stufe erstmals vorliegen, frühestens jedoch ab dem 01.01.2018. Hier von unberührt bleibt ein nach den bis zum 31.12.2017 geltenden Satzungsbestimmungen bestehender Versicherungsschutz.

(4) Ab dem 01.01.2021 entspricht das für die Bestimmung von Jahres- oder Mehrjahreshöchstsätzen maßgebliche Versicherungsjahr jeweils dem Kalenderjahr. Bei einem Versicherungsbeginn von einzelnen Stufen und Schritten der Zusatzversicherung während eines laufenden Kalenderjahres endet das 1. Versicherungsjahr zum 31.12. dieses Kalenderjahres. Beginnt bei bereits vor dem 01.01.2021 bestehenden Stufen und Schritten der Zusatzversicherung das Versicherungsjahr während des Kalenderjahres 2020, endet dieses Versicherungsjahr zum 31.12.2020.

§ 53 Beendigung und Fortsetzung der Zusatzversicherung

(1) Jede Stufe der Zusatzversicherung (Grundstufe, Aufbaustufe, Krankenhaustagegeldstufe, Ergänzungsstufe, Pfl egetagegeldstufe, ISH-Stufe und AKV-Stufe) kann vom Mitglied gekündigt werden. Eine Kündigung ist auch für jeden Schritt in der Krankenhaustagegeldstufe, Ergänzungsstufe und der Pfl egetagegeldstufe zulässig. Die Stufen bzw. Schritte der Zusatzversicherung enden mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung bei der Postbeamtenkrankenkasse eingegangen ist. Die Kündigung ist frühestens zum Ende des ersten Versicherungsjahres zulässig. Erfolgt der Zugang der Kündigung innerhalb eines Monats nach Erhalt der Bestätigung über die Versicherung, so wird die Kündigung zum Ende des ersten Monats wirksam. Ein Ruhen der Zusatzversicherung ist nicht möglich.

(2) Die Zusatzversicherung endet ohne Kündigung

- a) für alle vom Versicherungsschutz umfassten Personen und für alle Stufen durch den Ausschluss aus der Zusatzversicherung gemäß § 50 Absatz 3 in Verbindung mit § 15 Absatz 5 und durch Tod des Mitglieds bzw. der berechtigten Person im Sinne von § 51 Absatz 1 Satz 2,
- b) für die Ehegattin bzw. den Ehegatten mit rechtskräftigem Ausspruch der Scheidung von dem in der Grundversicherung versicherten Mitglied bzw. der berechtigten Person im Sinne von § 51 Absatz 1 Satz 2,
- c) für die Partnerin oder den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mit rechtskräftigem Ausspruch der Aufhebung der Lebenspartnerschaft mit dem in der Grundversicherung versicherten Mitglied bzw. der berechtigten Person im Sinne von § 51 Absatz 1 Satz 2,
- d) für Kinder durch Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit in dem Familien- oder Auslandszuschlag oder der Beihilfe, Wegfall des Anspruchs auf Kindergeld oder Wegfall der Voraussetzungen für die Mitversicherung in der Grundversicherung.

(3) Die Zusatzversicherung endet in den Fällen des Absatz 2 Buchstabe a), b) und c) mit Eintritt des in Absatz 2 genannten Ereignisses und in den Fällen des Absatz 2 Buchstabe d) mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen der Zusatzversicherung zuletzt vorlagen.

(4) Mit dem Tod des Mitglieds oder der berechtigten Person im Sinne von § 51 Absatz 1 Satz 2 tritt die hinterbliebene Ehegattin, der hinterbliebene Ehegatte, die hinterbliebene Partnerin oder der hinterbliebene Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mit den zum Zeitpunkt des Todes für sie bzw. ihn abgeschlossenen Stufen und Schritten in die Zusatzversicherung ein. Gleiches gilt für die Kinder im Sinne von § 51 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c) bis e), die zum Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes oder der berechtigten Person im Sinne von § 51 Absatz 1 Satz 2 in den Haushalt der Person aufgenommen sind. Eine Fortsetzung der Zusatzversicherung tritt nicht ein, wenn innerhalb eines Monats nach dem Tod eine Kündigung der oder des Hinterbliebenen bei der Postbeamtenkrankenkasse eingeht.

(5) Rechtskräftig geschiedene Ehegatten und die Partnerinnen und Partner einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft können die Zusatzversicherung auf Antrag fortsetzen. Voraussetzung ist, dass eine der Stufen der Zusatzversicherung vor der Rechtskraft des Scheidungsausspruchs bzw. des Ausspruchs der Aufhebung der Lebenspartnerschaft bereits ein Jahr bestanden hat und der Antrag innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Rechtskraft bei der Postbeamtenkrankenkasse eingeht.

(6) Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, die Pfl egetagegeldstufe und jeden abgeschlossenen Schritt eines Versicherten jederzeit zu kündigen, wenn im Aufnahmeantrag bzw. im Antrag zum Abschluss weiterer Schritte unrichtige Angaben über die in § 51 Absatz 6 genannten Ausschlusstatbestände gemacht wurden. Die Kündigungs-

frist beträgt einen Monat zum Ende eines Kalendermonats. Bis zu diesem Zeitpunkt ist das Mitglied zur Entrichtung der Beiträge verpflichtet. Ein Anspruch auf Erstattung der Beiträge besteht nicht.

§ 54 Beiträge der Zusatzversicherung

(1) Für ab dem 01.01.2025 begründete Stufen und Schritte der Zusatzversicherung werden von den Mitgliedern Monatsbeiträge nach Maßgabe der in Anhang 3 enthaltenen Beitragstabellen erhoben. Bei vor dem 01.01.2025 bereits bestehenden Stufen und Schritten der Zusatzversicherung werden die Beiträge jeweils unter Berücksichtigung der bereits erworbenen individuellen Alterungsrückstellungen berechnet. Für Teile eines Monats ist der anteilige Monatsbeitrag zu entrichten. Eine Beitragsbefreiung im Leistungsfall ist ausgeschlossen.

(2) Beitragsfrei sind

- a) die AKV-Stufe
 - für Kinder in den Fällen des § 51 Absatz 3 Satz 2 und 3,
 - für Voll- und Halbwaisen in den Fällen des § 51 Absatz 4,
- b) die Grundstufe, die Aufbaustufe sowie die Krankenhaustagegeldstufe für
 - das vierte und jedes weitere zusatzversicherte Kind, soweit für das erste bis dritte Kind die jeweiligen Stufen der Zusatzversicherung begründet worden sind,
 - mehrere in der Zusatzversicherung versicherte Voll- oder Halbwaisen, die in einer Hausgemeinschaft leben.

(3) Die Beiträge für die einzelnen Stufen und Schritte der Zusatzversicherung werden in Abhängigkeit vom Aufnahmealter berechnet; bei einer Fortführung der Zusatzversicherung gemäß § 53 Absatz 4 oder 5 bleibt das Aufnahmealter unverändert. Das Aufnahmealter wird durch Abzug des Geburtsjahres vom Kalenderjahr der Aufnahme bzw. der Versicherung in der jeweiligen Stufe bzw. des Abschlusses des jeweiligen Schrittes gesondert ermittelt. Abweichend von Satz 1 werden einheitliche Beiträge bestimmt

- a) für die AKV-Stufe,
- b) bei Kindern und
- c) bei Voll- und Halbwaisen mit Ausnahme der Pfl egetagegeldstufe bei einer gemäß § 53 Absatz 4 fortgesetzten Zusatzversicherung.

(4) Der Verwaltungsrat bestimmt jährlich die Beiträge mit dem Ziel der Gewährleistung eines dauerhaft ausgeglichenen Haushalts in jeder Stufe der Zusatzversicherung. Die Beitragsbestimmung erfolgt auf der Grundlage eines jährlich zu erstellenden versicherungsmathematischen Gutachtens. Das versicherungsmathematische Gutachten wird von einer vom Verwaltungsrat bestellten Aktuarin oder einem vom Verwaltungsrat bestellten Aktuar erstellt. Die Aktuarin oder der Aktuar hat das Gutachten objektiv und weisungsfrei zu erstellen. Die Versichertenentwicklung, der Schadentrend, die voraussichtliche Entwicklung des Anlagevermögens und die im Haushaltsjahr und langfristig erwarteten Ausgaben und Einnahmen sind mit dem Ziel der Abwicklung zu berücksichtigen. Der Verwaltungsaufwand für die Zusatzversicherung wird nach § 68a Absatz 3 Nummer 2 in die Beitragsberechnung einbezogen.

(5) Für Kinder, Voll- und Halbwaisen gilt abweichend von Absatz 1 ein einheitlicher Beitrag. Für das vierte und jedes weitere zusatzversicherte Kind besteht in der Grundstufe, der Aufbaustufe sowie in bis zu drei abgeschlossenen Schritten der Krankenhaustagegeldstufe Beitragsfreiheit. Gleiches gilt, wenn mehrere in der Zusatzversicherung versicherte Voll- oder Halbwaisen in einer Hausgemeinschaft leben. Hat die Voll- oder Halbwaise die Mitgliedschaft des verstorbenen Elternteils in der Grundversicherung fortgesetzt und ist sie aus diesem Grund zur Versicherung in der Pfl egetagegeld-

stufe berechnung, werden die Beiträge zur Pflegegeldstufe nach Maßgabe des Absatzes 1 berechnet.

(6) Bei Fortführung der Zusatzversicherung gemäß § 53 Absatz 4 oder 5 bleibt das Aufnahmealter im Sinne des Absatzes 1 unverändert.

§ 55 Wartezeiten der Zusatzversicherung

(1) Für jede Stufe der Zusatzversicherung besteht eine Wartezeit; dies gilt nicht für die AKV-Stufe. Ein Anspruch auf Erstattung von in der Wartezeit entstandenen Aufwendungen ist ausgeschlossen; maßgeblich für das Entstehen einer Aufwendung ist das Rechnungsdatum und bei Fahrtkosten das Datum der Fahrt. Für in der Wartezeit liegende Behandlungstage einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme, einer vollstationären Anschlussheilbehandlung oder einer vollstationären Suchtbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld oder Tagesgeld gezahlt. Bei einer während der Wartezeit eintretenden Pflegebedürftigkeit besteht bis zum Ablauf der Wartezeit kein Anspruch auf Pflegegeld.

(2) Bei Abschluss weiterer Schritte in einer bereits bestehenden Krankenhaustagegeldstufe, Ergänzungsstufe oder Pflegegeldstufe besteht gleichfalls eine Wartezeit. Während dieser Wartezeit richtet sich der Leistungsanspruch nach den bisher abgeschlossenen Schritten.

(3) Die Wartezeit beginnt in den Fällen des Absatzes 1 mit dem Versicherungsbeginn der jeweiligen Stufe und in den Fällen des Absatzes 2 mit dem Versicherungsbeginn des jeweiligen Schrittes; bei einem Versicherungsbeginn während eines laufenden Kalendermonats ist für den Beginn der Wartezeit der Erste dieses Kalendermonates maßgeblich. Die Wartezeit beträgt bei

- a) der Erstattung von Aufwendungen
 - für Sehhilfen 3 Monate,
 - für Hörgeräte 6 Monate,
 - für Auslagen, Material- und Laborkosten für Zahnersatz 8 Monate und
 - für implantologische Leistungen einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten 8 Monate,
 - für Fahrtkosten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen 8 Monate,
- b) dem Krankenhaustagegeld 3 Monate,
- c) dem Tagesgeld bei vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen, vollstationären Anschlussheilbehandlungen oder vollstationären Suchtbehandlungen 8 Monate und
- d) dem Pflegegeld 3 Jahre; ist die Pflegebedürftigkeit als Folge eines Unfalls eingetreten, besteht keine Wartezeit.

(4) Abweichend zu Absatz 3 Satz 2 Buchstabe b) beträgt die Wartezeit

- a) für ab dem Tage ihrer Geburt versicherte Kinder 14 Tage ab Geburt,
- b) bei einer stationären Entbindung 8 Monate.

(5) Bei Fortsetzung der Zusatzversicherung gemäß § 53 Absatz 4 oder 5 bleiben die Anwartschaften aus den in den jeweiligen Stufen bzw. den jeweiligen Schritten zurückgelegten Versicherungszeiten hinsichtlich der Wartezeit und der Jahreshöchstsätze erhalten. Bei Fortsetzung der Zusatzversicherung gemäß § 53 Absatz 4 oder 5 werden bei der Wartezeit und bei den Jahreshöchstsätzen in der jeweiligen Stufe bzw. bei dem jeweiligen Schritt auch die als Ehegattin, Ehegatte, Partnerin oder Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder als Kind zurückgelegten Versicherungszeiten berücksichtigt. Im Versicherungsjahr bereits gewährte Leistungen werden bei den Jahreshöchstsätzen mitberücksichtigt.

(6) Mit der Beendigung der jeweiligen Stufe der Zusatzversicherung – in der Krankenhaustagegeldstufe, Ergänzungsstufe und in der Pflagegeldstufe auch mit der Beendigung einzelner Schritte – verfallen für diese Stufen bzw. Schritte auch die durch die zurückgelegte Versicherungsdauer erfüllte Wartezeit und die bereits erworbene Anwartschaft auf die jeweiligen Jahreshöchstsätze.

§ 56 Leistungen aus der Zusatzversicherung bei Krankenhausbehandlungen

(1) Bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung wird aus der Grundstufe, Aufbaustufe und Krankenhaustagegeldstufe für jeden Aufenthaltstag ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Dies gilt auch für Tage der Beurlaubung aus dem Krankenhaus aus medizinischen Gründen. Als vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von Satz 1 gelten auch eine stationäre Entbindung, eine vollstationäre Organspende, eine vollstationäre Versorgung in einem Hospiz oder eine Übergangspflege im Krankenhaus. Voraussetzung für einen Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld ist, dass

- a) Leistungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 37 oder nach § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden und das Krankenhaus ein Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet,
- b) Leistungen für eine stationäre Entbindung nach § 46 Buchstabe c) oder nach § 24f des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden,
- c) bei einer Spende von Organen oder Geweben Leistungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 36 Absatz 2 Satz 2 oder nach § 27 Absatz 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden oder
- d) Leistungen für eine vollstationäre Versorgung in einem Hospiz nach § 38c Absatz 2 oder nach § 39a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden oder
- e) Leistungen für eine vollstationäre Übergangspflege im Krankenhaus nach § 37 Absatz 6 erbracht werden.

(2) Das Krankenhaustagegeld beträgt

- | | |
|--|------------|
| a) in der Grundstufe | 11,00 Euro |
| b) in der Aufbaustufe | 13,00 Euro |
| c) in der Krankenhaustagegeldstufe für jeden abgeschlossenen Schritt | 7,00 Euro |

(3) Das Krankenhaustagegeld wird in den ersten 3 Versicherungsjahren in jeder Stufe bzw. in jedem Schritt durch folgende Jahreshöchstsätze begrenzt:

- | | |
|---|----------|
| a) im ersten Versicherungsjahr auf | 50 Tage |
| b) im zweiten und dritten Versicherungsjahr auf jeweils | 100 Tage |

(4) Bei vollstationären psychiatrischen Krankenhausbehandlungen einschließlich vollstationärer Suchtbehandlungen sind die Leistungen auf 42 Kalendertage je Kalenderjahr begrenzt.

(5) Bei einer teilstationären, vorstationären oder nachstationären Behandlung sowie einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

§ 57 Leistungen aus der Zusatzversicherung für Auslagen, Material- und Laborkosten bei Zahnersatz

(1) Aus der Zusatzversicherung werden Aufwendungen für gemäß § 4 Absatz 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert abrechenbare Auslagen, Material und Laborkosten bei Zahnersatz erstattet, wenn diese Auslagen und Kosten bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummern 2130 bis 2320, 5000 bis 5340, 7080 bis 7100 und 9000 bis 9170 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind; gleiches gilt für gesondert abrechenbare Auslagen, Material- und Laborkosten gemäß Nummer 5 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen, wenn diese Auslagen und Kosten bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Teil 5 dieses Einheitlichen Bewertungsmaßstabes entstanden sind. Für jeden abgeschlossenen Schritt der Zusatzversicherung sind 20 von Hundert der Aufwendungen nach Satz 1 erstattungsfähig, höchstens jedoch insgesamt der Betrag, der nach Abzug von Erstattungen aus der Grundversicherung, von gewährter Beihilfe, von anderen Krankenversicherungsleistungen und von Leistungen anderer Kostenträger verbleibt.

(2) Die Leistungen aus der Ergänzungsstufe werden für jeden abgeschlossenen Schritt durch folgende Zweijahreshöchstsätze begrenzt:

- | | |
|--|---------------|
| a) im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf zusammen | 310,- Euro |
| b) im dritten und vierten Versicherungsjahr auf zusammen | 2.180,- Euro |
| c) ab dem fünften Versicherungsjahr für jeweils zwei Versicherungsjahre auf zusammen | 2.820,- Euro. |

Maßgebender Zeitpunkt für die Zuordnung zum Versicherungsjahr ist das Datum der Rechnung.

(3) Keine Leistungen werden gezahlt für gesondert berechnungsfähige Material- und Laborkosten bei Zahnersatz, wenn die zum Zahnersatz führende Zahnbehandlung vor dem Versicherungsbeginn bzw. vor dem Beginn eines weiteren abgeschlossenen Schrittes begonnen wurde.

§ 57a Leistungen aus der Zusatzversicherung für Sehhilfen

(1) Aus der Ergänzungsstufe und der ISH-Stufe werden Aufwendungen für die Anschaffung oder Reparatur einer erforderlichen Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen oder vergrößernde Sehhilfe) erstattet.

(2) Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine Anschaffung einer Sehhilfe ist, dass eine entsprechende ärztliche Verordnung oder eine Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin bzw. eines Augenoptikers vorgelegt wird. Aufwendungen für eine erstmalige oder erneute Anschaffung oder Reparatur einer vergrößernden Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineal, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, elektronisches Lesegerät oder Prismenlupenbrille) werden lediglich erstattet, sofern diese erforderlich ist, um bei gleichzeitiger Nutzung einer Brille oder von Kontaktlinsen eine gewöhnliche Zeitungsschrift lesen zu können. Abweichend von Satz 1 sind die Voraussetzungen des Satzes 2 durch eine augenärztliche Verordnung zu belegen.

(3) Die Erstattung bei der Anschaffung von Sehhilfen umfasst auch Sonderausführungen, insbesondere Brillen mit Lichtschutz- oder Kunststoffgläsern. Ebenso sind die Aufwendungen für die Anschaffung von lediglich ein oder zwei Brillengläsern oder nur

der Brillenfassung oder Teilen hiervon erstattungsfähig, wenn diese jeweils anstelle einer Brille angeschafft werden.

- (4) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen sind
- a) Pflege- und Reinigungsmittel für Sehhilfen,
 - b) Brillenetuis,
 - c) Brillenversicherungen.

(5) Die Leistungen der Ergänzungsstufe und der ISH-Stufe erfassen die Aufwendungen, die nach Abzug der Erstattungen aus der Grundversicherung, der gewährten Beihilfe und Leistungen eines Krankenversicherers oder eines sonstigen Kostenträgers verbleiben. Die Leistungen sind für jeden abgeschlossenen Schritt der Ergänzungsstufe und in der ISH-Stufe im Versicherungsjahr jeweils durch folgende Jahreshöchstsätze begrenzt:

- | | |
|--|------------|
| a) im ersten Versicherungsjahr in der Ergänzungsstufe und ISH-Stufe auf | 50,- Euro |
| b) ab dem zweiten Versicherungsjahr in der Ergänzungsstufe und der ISH-Stufe auf | 180,- Euro |

Hat die versicherte Person einen Anspruch sowohl aus der Ergänzungsstufe als auch aus der ISH-Stufe, werden die zustehenden Leistungen anteilig dem jeweils bestehenden Schritt der Ergänzungsstufe und der ISH-Stufe zugeordnet. Maßgebender Zeitpunkt für die Zuordnung zum Versicherungsjahr ist das Datum der Rechnung der Aufwendung.

§ 58 Leistungen aus der Zusatzversicherung bei vollstationären Rehabilitationen, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

(1) Bei Durchführung einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme, einer vollstationären Anschlussheilbehandlung oder einer vollstationären Suchtbehandlung im Sinne des § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) oder f) wird aus der Grundstufe und der Ergänzungsstufe ein Tagegeld gezahlt. Voraussetzung ist, dass

- a) Leistungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) oder f) erbracht werden,
- b) Leistungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) oder f) nur deshalb nicht erbracht werden, weil gemäß § 43 Absatz 3 Satz 1 und 2 ein vorrangiger Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger besteht oder
- c) Leistungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) oder f) wegen nicht bestehender Grundversicherung nicht erbracht werden und ein anderer Kostenträger vergleichbare Leistungen erbringt.

(2) Das Tagegeld beträgt

- | | |
|--|----------|
| a) aus der Grundstufe | 8,- Euro |
| b) aus der Ergänzungsstufe für jeden abgeschlossenen Schritt | 8,- Euro |

für jeden mit der Postbeamtenkrankenkasse oder einem anderen Kostenträger abrechneten Tag der Maßnahme oder Behandlung. Das Tagegeld wird längstens für 42 Kalendertage gezahlt.

§ 58a Leistungen aus der Zusatzversicherung für Fahrtkosten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Aus der Ergänzungsstufe werden Aufwendungen für Fahrtkosten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen erstattet. Voraussetzung ist, dass

- a) Leistungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) erbracht werden,

- b) Leistungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) nur deshalb nicht erbracht werden, weil gemäß § 43 Absatz 3 Satz 1 und 2 ein vorrangiger Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger besteht oder
- c) Leistungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) wegen nicht bestehender Grundversicherung nicht erbracht werden und ein anderer Kostenträger vergleichbare Leistungen erbringt.

(2) Erstattungsfähig sind

- a) bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die tatsächlich angefallenen Kosten bis zur niedrigsten Klasse,
 - b) bei Fahrten mit Taxen die tatsächlich angefallenen Kosten und
 - c) bei Fahrten mit privaten Kraftfahrzeugen 0,20 Euro je Entfernungskilometer
- jeweils nach Abzug der hierfür erbrachten Leistungen aus der Grundversicherung, der gewährten Beihilfe und Leistungen eines Krankenversicherers oder eines sonstigen Kostenträgers.

(3) Die Leistungen sind für jeden abgeschlossenen Schritt der Ergänzungsstufe im Versicherungsjahr jeweils durch den Jahreshöchstsatz von 100,- Euro begrenzt.

§ 59 Leistungen aus der Zusatzversicherung bei Pflegebedürftigkeit

(1) Bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit wird für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit ein Tagegeld gezahlt. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn ein Träger der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung eine Zuordnung in einen der Pflegegrade 2 bis 5 vorgenommen hat. Änderungen des Umfangs der Pflegebedürftigkeit oder ein Wegfall der Pflegebedürftigkeit sind beim Anspruch auf Pflegeetagegeld und seiner Höhe ab dem Zeitpunkt zu berücksichtigen, zu dem die Änderung eingetreten ist. Die Versicherten sind verpflichtet, der Postbeamtenkrankenkasse das Vorliegen oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit und jede Änderung der Zuordnung in einen Pflegegrad unverzüglich mitzuteilen und Nachweise vorzulegen.

(2) Das Tagegeld wird monatlich nach Ablauf des jeweiligen Kalendermonats ausgezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit vorliegt.

- (3) Ein Anspruch auf Pflegeetagegeld ist ausgeschlossen, wenn die Pflegebedürftigkeit
- a) durch Kriegsereignisse verursacht wurde oder eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung vorliegt,
 - b) vorsätzlich herbeigeführt wurde oder Folge einer Sucht ist.

Ein Anspruch auf Pflegeetagegeld besteht nicht, wenn und solange der Pflegebedürftige seinen ständigen Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum genommen hat. Der Anspruch auf Pflegeetagegeld entfällt nach Ablauf von 28 Kalendertagen einer ununterbrochenen vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme und lebt am Tag nach Abschluss dieser Behandlung oder Maßnahme wieder auf. Als Kalendertag gilt jeder Aufenthaltstag einschließlich der Tage einer Beurlaubung aus medizinischen Gründen.

- (4) Das Pflegeetagegeld beträgt für jeden abgeschlossenen Schritt je Kalendertag
- a) 4,00 Euro bei einer Zuordnung zum Pflegegrad 2,
 - b) 8,00 Euro bei einer Zuordnung zum Pflegegrad 3,
 - c) 14,00 Euro bei einer Zuordnung zum Pflegegrad 4,
 - d) 20,00 Euro bei einer Zuordnung zum Pflegegrad 5.

Besteht bei Versicherten bereits zum 31.12.2016 ein Anspruch auf Pflegegeld, gilt dessen Höhe bis zu der erstmaligen Änderung der Pflegebedürftigkeit fort, sofern dies für die Versicherten günstiger ist. Haben Versicherte gemäß Absatz 6 die Anpassung des Pflegegeldes beantragt und entsprechende Beiträge geleistet, erhöht sich das Pflegegeld um den Anpassungsbetrag.

(5) Bei einer zum 31.12.2016 bereits bestehenden Pflegegeldstufe können die Versicherten einmalig beantragen, dass das Pflegegeld für jeden abgeschlossenen Schritt ab dem 01.01.2017 auf folgende Beträge je Kalendertag abgesenkt wird:

- a) 3,60 Euro bei einer Zuordnung zum Pflegegrad 2,
- b) 7,20 Euro bei einer Zuordnung zum Pflegegrad 3,
- c) 12,60 Euro bei einer Zuordnung zum Pflegegrad 4,
- d) 18,00 Euro bei einer Zuordnung zum Pflegegrad 5.

Absatz 4 Satz 2 findet keine Anwendung. Wurden bis zum 31.12.2016 mehrere Schritte abgeschlossen, ist eine Absenkung nur für alle abgeschlossenen Schritte zulässig. Die Postbeamtenkrankenkasse weist die Versicherten schriftlich auf das Antragsrecht hin. Der Antrag muss schriftlich innerhalb eines Monats nach Erhalt dieser Mitteilung bei der Postbeamtenkrankenkasse eingehen und kann nicht widerrufen werden. Haben Versicherte gemäß Absatz 6 die Anpassung des Pflegegeldes beantragt und entsprechende Beiträge geleistet, erhöht sich das Pflegegeld um den Anpassungsbetrag.

(6) Die Versicherten können die Anpassung des Leistungsumfanges der Pflegegeldstufe beantragen. Die Postbeamtenkrankenkasse prüft zum 1. August eines jeden Kalenderjahres die Notwendigkeit und die Höhe einer Anpassung des Pflegegeldes. Die Prüfung erfolgt auf Grundlage der Entwicklung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherpreisindex, in dem der aktuelle Verbraucherpreisindex mit dem Verbraucherpreisindex der letzten Leistungsanpassung verglichen wird. Bei der erstmaligen Leistungsanpassung erfolgt der Vergleich mit dem Indexwert vom 1. August 2009. Spätestens bei einer Abweichung von mehr als 10 vom Hundert teilt die Postbeamtenkrankenkasse den Versicherten schriftlich den auf Grundlage des Verbraucherpreisindex ermittelten Anpassungsbetrag mit. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Erhalt der Mitteilung bei der Postbeamtenkrankenkasse eingehen. Er bedarf der Schriftform und kann nicht widerrufen und nicht auf einzelne Schritte beschränkt werden. Die Postbeamtenkrankenkasse weist die Versicherten auf die Möglichkeit und die Frist zur Antragsstellung hin und informiert über die Folgen eines nicht gestellten Antrags. Wird der Antrag gestellt, wird der Leistungsumfang der Pflegegeldstufe zum 1. Januar des folgenden Kalenderjahres entsprechend angepasst. Wird der Antrag auf Anpassung nicht oder nicht wirksam gestellt, ist ein künftiges Antragsrecht auf Anpassung des Leistungsumfanges ausgeschlossen.

§ 60 Leistungen aus der Zusatzversicherung bei implantologischen Leistungen einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten

(1) Aus der ISH-Stufe werden erforderliche Aufwendungen für implantologische Leistungen nach den Nummern 9000 bis 9170 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten erstattet. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind nicht erstattungsfähig. Auf Verlangen der Postbeamtenkrankenkasse ist die versicherte Person verpflichtet, den zahnärztlichen Heil- und Kostenplan einschließlich eines Zahnschemas vorzulegen.

(2) Eine Erstattung ist ausgeschlossen

- a) bei Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten, die gemäß § 32 Absatz 6 Satz 3 und Satz 4 in der Grundversicherung erstattungsfähig sind; dies gilt auch, wenn kein Anspruch auf Leistungen aus der Grundversicherung besteht,
- b) bei Aufwendungen für bei Versicherungsbeginn fehlende und noch nicht ersetzte Zähne und
- c) bei einer Zahnbehandlung, die vor dem Versicherungsbeginn begonnen wurde; als Beginn gilt die Erstellung des Heil- und Kostenplans.

(3) Die Leistungen aus der ISH-Stufe erfassen die Aufwendungen, die nach Abzug der Erstattungen aus der gewährten Beihilfe, von Leistungen eines anderen Krankenversicherers oder eines anderen Kostenträgers verbleiben. Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind in vollem Umfang und Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten in Höhe von 60 vom Hundert erstattungsfähig. Die Leistungen werden durch folgende Zweijahreshöchstsätze begrenzt:

- | | |
|--|--------------|
| a) im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf zusammen | 900,- Euro |
| b) im dritten und vierten Versicherungsjahr auf zusammen | 3.000,- Euro |
| c) ab dem fünften Versicherungsjahr für jeweils zwei Versicherungsjahre auf zusammen | 3.600,- Euro |

Maßgebender Zeitpunkt für die Zuordnung zum Versicherungsjahr ist das Datum der Rechnung.

§ 60a Leistungen aus der Zusatzversicherung für Hörgeräte

(1) Aus der ISH-Stufe werden Aufwendungen für Hörgeräte erstattet. Hörgeräte sind Hinter-dem-Ohr-Geräte, Taschengерäte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Otoplastiken, In-dem-Ohr-Geräte oder schallaufnehmende Geräte bei teilimplantiertem Knochenleitungs-Hörsystem. Ein Anspruch besteht bei Vorliegen eines der nachfolgenden Sachverhalte:

- a) erstmalige Anschaffung eines erforderlichen Hörgeräts,
- b) erneute Anschaffung eines Hörgeräts, wenn dies wegen einer Änderung der Hörfunktionsminderung erforderlich wird,
- c) erneute Anschaffung eines Hörgeräts, wenn bei unveränderter Hörfunktionsminderung seit dem Bezug des bisherigen Hörgeräts 5 Jahre vergangen sind,
- d) erneute Anschaffung eines Hörgeräts, wenn dies trotz unveränderter Hörfunktionsminderung aufgrund einer Änderung der Ohr- oder Kopfform erforderlich ist,
- e) erneute Anschaffung eines in Verlust geratenen Hörgeräts,
- f) Einstellungen an dem Hörgerät, wenn sich die Hörfunktionsminderung geändert hat,
- g) Reparatur oder erneute Anschaffung eines aufgrund einer Beschädigung unbrauchbar gewordenen Hörgeräts.

(2) Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für die Anschaffung eines Hörgeräts ist, dass eine entsprechende ärztliche Verordnung vorgelegt wird.

(3) Die Erstattung bei der Anschaffung von Hörgeräten umfasst auch Sonderausführungen, wenn diese in der Grundversicherung erstattungsfähig sind. Ebenso umfasst ist die Anschaffung von Teilen eines Hörgeräts, wenn diese jeweils anstelle eines Hörgeräts angeschafft werden.

- (4) Keine Leistungen werden gewährt für
- a) die Anschaffung von Übertragungsanlagen, Ringschleifenverstärkern, Fernsehanschlussgeräten, Lichtsignalanlagen, Lichtweckern und von sonstigem Zubehör,
 - b) Hörgerätebatterien, Hörgeräteakkus, Akkuladegeräte und sonstige Energiequellen,
 - c) Pflege- und Reinigungsmittel für Hörgeräte,
 - d) Hörgeräteetuis,
 - e) Hörgeräteversicherungen.

(5) Die Leistungen erfassen 80 vom Hundert der Aufwendungen, die nach Abzug der Erstattungen aus der Grundversicherung, der gewährten Beihilfe und der Leistungen eines Krankenversicherers oder eines sonstigen Kostenträgers verbleiben. Die Leistungen sind je Ohr durch folgende Jahreshöchstsätze begrenzt:

- | | |
|---|------------|
| a) im ersten Versicherungsjahr auf | 300,- Euro |
| b) im zweiten Versicherungsjahr auf | 500,- Euro |
| c) ab dem dritten Versicherungsjahr auf | 900,- Euro |

Die Leistungen sind für einen Zeitraum von fünf aufeinanderfolgenden Jahren je Ohr auf den Höchstsatz von 900,- Euro begrenzt. Maßgebender Zeitpunkt für die Zuordnung zum Versicherungsjahr ist das Datum der Rechnung.

§ 60b Leistungen aus der Zusatzversicherung bei Auslandsreisen

- (1) Aus der AKV-Stufe werden Aufwendungen erstattet für
- a) während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes erforderliche Behandlungen von akut eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen sowie für in diesem Zusammenhang während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes ärztlich verordnete und bezogene Hilfsmittel,
 - b) den Mehraufwand eines Rücktransports einer während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes erkrankten oder verunfallten versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und
 - c) die Bestattungskosten am Sterbeort oder die Kosten für die Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz, wenn die versicherte Person während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes verstirbt.

Ein vorübergehender Auslandsaufenthalt ist ein Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, sofern der Aufenthalt nicht länger als ein Jahr andauert. Ein vorübergehender Auslandsaufenthalt liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in dem Staat ihren ständigen Wohnsitz oder einen Zweitwohnsitz hat, in dem sie erkrankt oder verunfallt ist. Bei einem Auslandsaufenthalt von mehr als einem Jahr werden Leistungen für die bis zum Ablauf des ersten Jahres entstandenen Aufwendungen erbracht; abweichend hiervon werden Aufwendungen für höchstens ein weiteres Jahr erstattet, sofern und solange eine Behandlung von innerhalb des ersten Jahres akut eingetretenen Krankheiten oder Unfallfolgen aus medizinischen Gründen zwingend fortgesetzt werden muss und eine Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit ausgeschlossen ist.

- (2) Krankheits- oder unfallbedingte Aufwendungen werden in der Höhe erstattet, die sich nach Anrechnung der Leistungen
- a) aus der Grundversicherung,
 - b) der Beihilfe nach der Bundesbeihilfeverordnung,
 - c) der Beihilfe nach landesrechtlichen Vorschriften,

- d) beihilfegleicher Leistungen,
- e) aus der gesetzlichen Krankenversicherung,
- f) aus der privaten Krankheitskostenversicherung einschließlich tariflich vereinbarter Selbstbehalte

ergibt. Einer anzurechnenden Leistung nach Satz 1 steht gleich, wenn der versicherten Person eine Leistung zusteht, diese jedoch nicht in Anspruch genommen wird; dies gilt nicht für Leistungen aus einer privaten Auslandsreisekrankenversicherung.

(3) Eine Erstattung ist ausgeschlossen, wenn der Antrag auf Aufnahme in die AKV-Stufe erst nach Beginn des Auslandsaufenthaltes bei der Postbeamtenkrankenkasse eingeht. Nicht erstattungsfähig sind ferner Aufwendungen für

- a) Behandlungen von Krankheiten, Zahnschäden und Unfallfolgen, deretwegen die Reise erfolgt, oder von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes der Ehegattin, des Ehegatten, der Partnerin oder des Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder einer bzw. eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde,
- b) Krankheiten, die aufgrund aktiver Teilnahme an Wettkämpfen und deren Vorbereitung entstehen, die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden,
- c) vorsätzlich verursachte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen,
- d) Krankheiten, Unfallfolgen und Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen und inneren Unruhen verursacht werden,
- e) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
- f) Rehabilitation und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort,
- g) ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort; ausgenommen sind die Fälle, in denen das Heilmittel unabhängig vom Aufenthaltszweck durch Erkrankung oder Unfall notwendig wird,
- h) wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Heilmittel,
- i) Sehhilfen und Hörgeräte,
- j) Schutzimpfungen,
- k) kieferorthopädische Leistungen,
- l) Zahnfüllungen mit Ausnahme von Zahnfüllungen einfacher Ausführung,
- m) die Neu- und Ersatzbeschaffung von Implantaten und Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen mit Ausnahme von Provisorien und Reparaturen,
- n) die Beseitigung von Schönheitsfehlern,
- o) eine Entseuchung,
- p) die Schwangerschaftsunterbrechung,
- q) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen.

(4) Voraussetzung für die Erstattung der Aufwendungen für den Mehraufwand eines Rücktransportes nach Maßgabe des Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b) ist, dass der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Dies ist auch der Fall, wenn nach ärztlicher Prognose ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen notwendig wird oder die voraussichtlichen Kosten für den stationären Aufenthalt die Rücktransport- und Weiterbehandlungskosten im Inland übersteigen würden. Notwendige Mehraufwendungen für eine Begleitperson sind ebenfalls erstattungsfähig, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben wird.

(5) Die Erstattung von Bestattungskosten und die Erstattung von Überführungskosten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c) ist

- a) wenn der Sterbeort innerhalb Europas liegt auf den Höchstbetrag von 15.000,- Euro,

b) in den übrigen Fällen auf den Höchstbetrag von 25.000,- Euro begrenzt.

(6) Die Aufwendungen sind der Postbeamtenkrankenkasse durch Vorlage von Rechnungen und Belegen nachzuweisen. In den Fällen des Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b) hat die versicherte Person zusätzlich eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, in der unter Angabe des Krankheitsbildes bestätigt wird, dass der Rücktransport medizinisch sinnvoll ist. In den Fällen des Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c) hat die Erbin oder der Erbe eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache vorzulegen.

IV. Kapitel: Ergänzungsversicherung

1. Abschnitt: Ergänzungsversicherung

§ 61 Allgemeines zur Ergänzungsversicherung

(1) Die Ergänzungsversicherung bei Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch hat die Aufgabe, den Versicherten mit Ansprüchen auf Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch ergänzende Leistungen zu gewähren.

(2) Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind, fallen nicht unter diese Regelung.

(3) Die Aufnahme in die Ergänzungsversicherung ist ab dem 01.01.1996 nicht mehr möglich. Die bisherigen Versicherungen bleiben bestehen, wenn und solange die Voraussetzungen dafür vorliegen.

(4) Sofern die Satzungsbestimmungen über die Ergänzungsversicherung eine Regelung enthalten, gelten die betreffenden übrigen Bestimmungen der Satzung entsprechend.

§ 61a (derzeit nicht belegt)

§ 61b (derzeit nicht belegt)

§ 61c Beendigung der Ergänzungsversicherung

(1) Die Ergänzungsversicherung kann zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens bis zum 30. September eingehen.

(2) Die Ergänzungsversicherung endet, wenn die Mitgliedschaft oder die Mitversicherung in der Grundversicherung wieder auflebt oder endet.

§ 61d (derzeit nicht belegt)

§ 61e Beiträge der Ergänzungsversicherung

((1) Der monatliche Beitrag beträgt bei Ansprüchen nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch für

- | | |
|--|-----------|
| a) Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige mit Ansprüchen auf Heilbehandlung | 0,31 Euro |
| b) Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige mit Ansprüchen auf Krankenbehandlung | 0,92 Euro |
| c) Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen mit Ansprüchen auf Heil- und Krankenbehandlung | 1,28 Euro |
| d) allein ergänzungsversicherte Angehörige mit Ansprüchen auf Heilbehandlung | 0,31 Euro |

- | | |
|--|-----------|
| e) allein ergänzungsversicherte Angehörige mit eigenen oder abgeleiteten Ansprüchen auf Krankenbehandlung | 0,92 Euro |
| f) mehrere ergänzungsversicherte Angehörige mit eigenen oder abgeleiteten Ansprüchen auf Krankenbehandlung | 1,28 Euro |

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Buchstabe d), e) oder f) wird für die Ergänzungsversicherung kein Beitrag erhoben, wenn das Mitglied in der Grundversicherung den Beitrag für Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen entrichtet.

§ 61f Leistungen aus der Ergänzungsversicherung

- (1) Die Mitglieder haben für sich und die mitversicherten Angehörigen Anspruch auf:
- a) Leistungen für Behandlungsarten usw., die dem Grunde nach nicht unter die Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch fallen,
 - b) Leistungen für Behandlungsarten usw., für die im Rahmen der Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch nur ein Zuschuss gewährt wird,
 - c) Leistungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, sofern die Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch nicht vorliegen.

Wird für eine Behandlungsart usw. anstelle einer Sachleistung nur ein Zuschuss nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch gewährt, werden aus der Ergänzungsversicherung keine Leistungen gezahlt.

(2) Die Mitglieder sind verpflichtet, vor Beginn der jeweiligen Behandlung usw. zunächst die Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch bei der zuständigen Stelle zu beantragen. Erst nach begründeter Ablehnung der Heil- oder Krankenbehandlung oder wenn nur ein Zuschuss gewährt wird, werden Leistungen aus der Ergänzungsversicherung gezahlt.

(3) Die Leistungen nach Absatz 1 werden nach der Leistungsordnung für Mitglieder der Gruppe B 1 gewährt. Werden zu bestimmten Aufwendungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch Zuschüsse gezahlt (z. B. bei Zahnersatz für Hinterbliebene oder Familienangehörige), beschränken sich die Kassenleistungen auf den Teil der beihilfefähigen Aufwendungen, der dem Mitglied nach Zahlung des Zuschusses des Versorgungsamtes und der Beihilfe noch verbleibt; die oberste Grenze bilden jedoch die Leistungshöchstsätze nach Satz 1. Soweit die Leistungsordnung Abweichungen von der Rahmenbestimmung vorsieht, gelten diese Abweichungen auch für die Ergänzungsversicherung.

(4) Leistungen sind aus der Tarifklasse der Leistungsordnung für Mitglieder der Gruppe B 1 zu gewähren, die bei einem Leistungsanspruch aus der Grundversicherung in Frage käme.

2. Abschnitt: (derzeit nicht belegt)

§§ 62 - 67 (derzeit nicht belegt)

V. Kapitel: Finanz- und Rechnungswesen

§ 68 Allgemeine Vorschriften

(1) Für das Rechnungswesen der Postbeamtenkrankenkasse gelten die Verwaltungsvorschriften für das Kassen- und Rechnungswesen der Postbeamtenkrankenkasse, die vom Vorstand mit Zustimmung der Aufsicht erlassen werden. Dabei sind die Bestimmungen der Bundeshaushaltsordnung zu beachten.

(2) Die Erträge und Aufwendungen der Grundversicherung und der einzelnen Stufen der Zusatzversicherung sind in getrennten Gewinn- und Verlustrechnungen nachzuweisen.

(3) Die Mittel der Postbeamtenkrankenkasse dürfen nur zur Gewährung der satzungsgemäßen Leistungen und zur Zahlung von Verwaltungsaufwendungen verwendet werden.

(4) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 68a Verwaltungsaufwand

(1) Den der Bundesanstalt aus der Weiterführung der Postbeamtenkrankenkasse entstehenden und gemäß § 1 und 2 der Verordnung über die Abrechnung und Verteilung des Verwaltungsaufwandes der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost aus der Weiterführung der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK-VerwAufwVO) nach § 26k Satz 2 BAPostG nicht von der Postbeamtenkrankenkasse zu tragenden Verwaltungsaufwand legt die Bundesanstalt nach Maßgabe der Geschäftsbesorgungsverträge gemäß § 19 BAPostG auf die Postnachfolgeunternehmen um, soweit er die Mitglieder, die mitversicherten Angehörigen, die Beihilfeberechtigten und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen betrifft, die dem beihilferechtlichen Zuständigkeitsbereich der Bundesanstalt zuzurechnen sind.

(2) Soweit der Verwaltungsaufwand nach Absatz 1 die Mitglieder und die mitversicherten Angehörigen betrifft, die der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation, der Museumsstiftung Post und Telekommunikation und der Bundesrepublik Deutschland zuzurechnen sind, wird er von der Bundesanstalt getragen und auf diese Körperschaften umgelegt. Dies gilt auch für den bei der Beihilfebearbeitung entstehenden Verwaltungsaufwand für die beihilfeberechtigten Personen, die bei der Postbeamtenkrankenkasse grundversichert sind.

(3) Soweit der Verwaltungsaufwand nach Absatz 1 gemäß § 2 Absatz 1 und § 3 PBeaKK-VerwAufwVO von der Postbeamtenkrankenkasse zu tragen ist, wird dieser von der Postbeamtenkrankenkasse wie folgt finanziert:

1. Grundversicherung

- a) Soweit der bei der Bearbeitung der Grundversicherung entstehende Verwaltungsaufwand den Verwaltungsaufwand vergleichbarer effizienter Versicherungsunternehmen der Privatwirtschaft übersteigt, wird er von der Postbeamtenkrankenkasse getragen und auf die Mitgliedsbeiträge der Grundversicherung umgelegt. Die Kosten effizienter Verwaltung ermittelt die Postbeamtenkrankenkasse nach Anhang 5.

- b) Sofern Mitglieder und mitversicherte Angehörige keinem der in Absatz 1 und 2 genannten Aufwandsträger zuzuordnen sind, trägt die Postbeamtenkrankenkasse den bei der Bearbeitung der Grundversicherung entstehenden Verwaltungsaufwand, der nach der anteiligen Kostentragung durch den Bund verbleibt, und legt ihn gemäß § 28 auf diese Mitglieder um.

2. Zusatzversicherung

Der Verwaltungsaufwand für die Bearbeitung der Zusatzversicherung wird auf die Beiträge umgelegt. Den auf die Bearbeitung der Zusatzversicherung entfallenden Verwaltungsaufwand ermittelt die Postbeamtenkrankenkasse nach Anhang 4.

3. Abwicklung der Pflegepflichtversicherung

Der Verwaltungsaufwand für die Abwicklung der Aufgaben der privaten Pflegepflichtversicherung nach dem Zehnten Kapitel des Elften Buch Sozialgesetzbuch wird aus den mit der Gemeinschaft privater Pflegeversicherer vereinbarten Entgelten finanziert.

4. Beihilfebearbeitung für andere Stellen und andere Tätigkeiten

Den Verwaltungsaufwand aus einer Beihilfebearbeitung für die Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation, die Museumsstiftung Post und Telekommunikation, die Bundesrepublik Deutschland und andere Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts finanziert die Postbeamtenkrankenkasse aus den in den öffentlich-rechtlichen Geschäftsbesorgungsverträgen vereinbarten Entgelten.

§ 69 Erträge

(1) Die Erträge der Postbeamtenkrankenkasse bestehen aus:

- a) den Beiträgen der Mitglieder,
- b) dem Zuschuss der Postnachfolgeunternehmen gemäß Absatz 2,
- c) der Beihilfepauschale für die Mitglieder der Gruppe A gemäß Absatz 4,
- d) der Erstattung von Ausgaben durch die Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation, die Museumsstiftung Post und Telekommunikation und die Bundesrepublik Deutschland gemäß Absatz 3, sofern diese ihre Verpflichtung nicht durch Zahlung eines dem ihnen zuzurechnenden Mitgliederbestands in der Grundversicherung entsprechenden Betrages in den Ausgleichsfonds nach § 70a abgelöst haben,
- e) den Zahlungen der Postnachfolgeunternehmen nach § 26g Absatz 5 BAPostG bei Erreichen der Grenze der Beitragsbemessung nach § 26g Absatz 3 BAPostG,
- f) den Entgelten aus Verträgen gemäß § 68a Absatz 3 Ziffer 3 und 4,
- g) den Kapitalerträgen, soweit sie nicht in dem Ausgleichsfonds nach § 70a entstehen,
- h) den sonstigen Erträgen,
- i) den Zuflüssen aus dem Ausgleichsfonds gemäß § 70a.

(2) Der unter Absatz 1 Buchstabe b) aufgeführte Zuschuss beträgt ab 01.01.1994 für 25 Jahre 5.112.918,81 Euro, im 26. Jahr 3.839.802,03 Euro.

Auf die Postnachfolgeunternehmen entfallen folgende Zahlungen:

Deutsche Post AG	bis zum Jahre 2018 jährlich	2.715.471,18 Euro
	im Jahre 2019	2.039.338,80 Euro
Deutsche Telekom AG	bis zum Jahre 2018 jährlich	2.181.682,46 Euro
	im Jahre 2019	1.638.179,19 Euro
Deutsche Postbank AG	bis zum Jahre 2018 jährlich	215.765,17 Euro
	im Jahre 2019	162.028,40 Euro

(3) Ausgaben für Mitglieder, die den in Absatz 1 d) genannten juristischen Personen zuzurechnen sind, lässt sich die Postbeamtenkrankenkasse jährlich von diesen erstatten, soweit sie ihre Verpflichtungen nicht nach § 26i Absatz 2 Satz 2 BAPostG abgelöst haben und die Ausgaben nicht durch auf diese Mitglieder entfallende Beiträge gedeckt sind. Die Ausgabenerstattung wird nach dem auf diese entfallenden Anteile am Verlust bemessen, den die Gewinn- und Verlustrechnung des Jahresabschlusses der Grundversicherung ohne Berücksichtigung der Ergebnisse des Ausgleichsfonds nach § 70a ausweist. Die Höhe des Anteils bestimmt sich nach dem Versichertenbestand der Grundversicherung des Monats Dezember des Geschäftsjahres. Auf die nach dem Wirtschaftsplan zu erwartende Ausgabenerstattung werden Quartalsabschläge erhoben. Berechnungsgrundlage ist der Versichertenbestand des Monats September des vorherigen Geschäftsjahres unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Entwicklung des Bestandes.

(4) Die Beihilfepauschale für die Mitglieder der Gruppe A nach § 26i Absatz 1 Bundesanstalt Post Gesetz ist eine Erstattung des Aufwandes an Beihilfeleistungen, die in der von der Postbeamtenkrankenkasse erbrachten Sachleistung enthalten sind. Grundlage für die Berechnung und Erstattung der in den Sachleistungen der Postbeamtenkrankenkasse enthaltenen Beihilfeanteile sind die zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und den Beihilfetägern geschlossenen Verträge. Die Verträge bedürfen der Genehmigung der Bundesanstalt.

(5) Der Zuschuss und die Abschläge auf die Ausgleichszahlungen sind anteilmäßig zu Beginn eines Quartals zu zahlen.

§ 70 Vermögen

Das Vermögen ist unter Berücksichtigung versicherungsmathematischer Gutachten insbesondere der danach erwarteten Mittelabflüsse nach den vom Verwaltungsrat festgelegten Richtlinien anzulegen. Die Anlagerichtlinien bedürfen der Genehmigung der Aufsicht. Die Anlagerichtlinien sind in Anhang 6 geregelt.

§ 70a Ausgleichsfonds

(1) Die Postbeamtenkrankenkasse bildet zur dauerhaften Haushaltssicherung in der Grundversicherung einen Ausgleichsfonds. Als Grundsätze für die Anlage des Ausgleichsfondsvermögens (§ 26h Absatz 2 Satz 1 BAPostG) gelten die „Anlagerichtlinien für das Vermögen der Postbeamtenkrankenkasse“. Die Anlagerichtlinien bedürfen der Genehmigung der Aufsicht. Die Anlagerichtlinien sind in Anhang 6 geregelt.

(2) Die Erträge des Ausgleichsfondsvermögens und das Ausgleichsfondsvermögen selbst werden ausschließlich zur Deckung der Leistungsausgaben in der Grundversicherung für die Mitglieder und ihre mitversicherten Angehörigen aus dem Bereich der Postnachfolgeunternehmen, der Bundesanstalt und des ehemaligen Sondervermögens Deutsche Bundespost verwendet. Sie kommen nicht dem Personenkreis nach § 69 Absatz 1 d) und Absatz 3 zugute, sofern die dort genannten Einrichtungen ihre Verpflichtung nicht durch Zahlung eines dem ihnen zuzurechnenden Mitgliederbestands in der Grundversicherung entsprechenden Betrags in den Ausgleichsfonds abgelöst haben.

(3) Wird bei der jährlichen Erstellung des versicherungsmathematischen Gutachtens festgestellt, dass das Ziel eines dauerhaft ausgeglichenen Haushalts nicht gefährdet wird, entscheidet der Verwaltungsrat vorbehaltlich des Absatzes 4 nach pflichtgemäßem Ermessen über die Verwendung des Ausgleichsfondsvermögens oder dessen Erträge. Die Erträge des Ausgleichsfondsvermögens sind gegenüber dem Kapitalstock vorrangig zu verwenden. Bis zum Abwicklungsende sind die Erträge aus dem Ausgleichsfondsvermögen und das Ausgleichsfondsvermögen selbst aufzubrauchen.

(4) Soweit sich ein ausgeglichener Haushalt nicht durch Anpassungen der Beiträge, Entgelte aus der Beihilfearbeitung für Dritte und sonstigen Einnahmen gewährleisten lässt, sind zur Deckung der Leistungsausgaben für den in Absatz 2 Satz 1 bezeichneten Personenkreis die Erträge des Ausgleichsfondsvermögens und - soweit erforderlich - das Ausgleichsfondsvermögen selbst auf der Grundlage des Wirtschaftsplans zu verwenden.

§ 71 Betriebsmittel

(1) Zur Sicherung der Zahlungsfähigkeit (Liquidität) unterhält die Postbeamtenkrankenkasse in der Grundversicherung Betriebsmittel bis zur Höhe von durchschnittlich 2/12 der im abgelaufenen Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen für Versicherungsfälle ohne die darin enthaltenen Beihilfen.

(2) Zur Sicherung der Zahlungsfähigkeit (Liquidität) unterhält die Postbeamtenkrankenkasse in jeder Stufe der Zusatzversicherung Betriebsmittel mindestens in Höhe von durchschnittlich 1/12 der im abgelaufenen Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen für Versicherungsfälle.

§ 72 Rücklage

(1) Die Postbeamtenkrankenkasse hat in der Grundversicherung zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit, insbesondere für den Fall, dass Einnahme- und Ausgabenschwankungen durch Einsatz der Betriebsmittel nicht mehr ausgeglichen werden können, eine Rücklage bereitzuhalten.

(2) Die Rücklage soll die Höhe von durchschnittlich 1/12 der im abgelaufenen Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen für Versicherungsfälle ohne die darin enthaltenen Beihilfen betragen.

(3) Solange das Rücklagesoll nicht erreicht ist, sind der Rücklage jährlich 1,5 vom Hundert des im Wirtschaftsplan veranschlagten Beitragssolls zuzuführen, soweit nicht der Verwaltungsrat in besonderen Fällen eine Abweichung beschließt.

(4) Über die Rücklage kann nur durch Beschluss des Verwaltungsrats verfügt werden.

(5) In den einzelnen Stufen der Zusatzversicherung wird keine Rücklage bereitgehalten.

§ 72a Gewinnvortrag

(1) Weist der Jahresabschluss in der Grundversicherung einen Überschuss aus, beschließt der Verwaltungsrat über die Verwendung des nach Auffüllen der Betriebsmittel und der Rücklagen verbleibenden Betrags als Einstellung in eine Gewinnrücklage oder Vortrag auf neue Rechnung (Gewinnvortrag).

(2) Gewinnrücklagen dürfen nur auf Beschluss des Verwaltungsrats zur Deckung künftiger Fehlbeträge verwendet werden.

§ 73 Rückstellungen

(1) Für im Geschäftsjahr noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle der Postbeamtenkrankenkasse sind in der Grundversicherung und den einzelnen Stufen der Zusatzversicherung Schadenrückstellungen zu bilden.

(2) Zum Ausgleich des mit zunehmendem Lebensalter der Versicherten ansteigenden Leistungsbedarfs wird in jeder Stufe der Zusatzversicherung eine Alterungsrückstellung gebildet. Ihre Höhe wird am Schluss jedes Geschäftsjahres versicherungsmathematisch berechnet. Grundlage bilden die in § 54 Absatz 4 geregelten versicherungsmathematischen Gutachten, deren Berechnung dem geringen Umfang des Neumitgliederruwachses Rechnung trägt. Das Soll der Alterungsrückstellungen ist in den Erläuterungen zum Jahresabschluss anzugeben.

§ 74 Wirtschaftsplan

(1) Der Vorstand stellt bis spätestens 31. Oktober für jedes Geschäftsjahr einen Wirtschaftsplan für das folgende Geschäftsjahr auf. Dabei ist in den einzelnen Versicherungszweigen ein dauerhaft ausgeglichener Haushalt zu gewährleisten. Soweit die Voraussetzungen vorliegen, stellt der Verwaltungsrat diesen fest, wenn er nicht in pflichtgemäßer Ausübung seines Ermessens, insbesondere nach § 26g Absatz 3 Satz 1 und § 26h Absatz 3 Satz 2 BAPostG Abweichungen beschließt.

(2) Der Wirtschaftsplan besteht aus den Teilen Grundversicherung (einschließlich Ergänzungsversicherung bei Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch) und Zusatzversicherung (getrennt nach den einzelnen Stufen). Er muss alle im Geschäftsjahr zu erwartenden Erträge und Aufwendungen enthalten und ist in Ertrag und Aufwand auszugleichen.

(3) Der festgestellte Wirtschaftsplan bedarf der Genehmigung der Bundesanstalt und ist dieser spätestens einen Monat vor Beginn des Geschäftsjahres vorzulegen.

(4) Der Wirtschaftsplan und der Beschluss über die Festsetzung der Beiträge können nur gleichzeitig in Kraft treten. Ist eine Beitragsergänzung im Laufe des Geschäftsjahres erforderlich, so ist mit der Festsetzung der Beiträge gleichzeitig ein Nachtrag zum Wirtschaftsplan zu beschließen.

(5) Aufwendungen, die die Ansätze im Wirtschaftsplan überschreiten, bedürfen der Zustimmung des Verwaltungsrats. Dies gilt nicht, wenn die Aufwendungen nach der Satzung unvermeidbar sind und zu keiner wesentlichen Änderung des Wirtschaftsplans führen. Im Falle des Satzes 2 berichtet der Vorstand den alternierenden Vorsitzenden über die Gründe.

(6) Soweit der Wirtschaftsplan zu Beginn des Haushaltsjahres noch nicht in Kraft getreten ist, ist der Vorstand bis zum Inkrafttreten ermächtigt, alle zur Aufrechterhaltung des laufenden Betriebs unvermeidbaren Ausgaben zu leisten. Hierzu zählen insbesondere die Erfüllung rechtlich begründeter Verpflichtungen und Aufgaben.

§ 75 Jahresabschluss

(1) Der Vorstand stellt nach Ablauf des Geschäftsjahres einen Jahresabschluss und einen Lagebericht nach handelsrechtlichen Grundsätzen auf. Der Jahresabschluss besteht aus der Bilanz, der Gewinn- und Verlustrechnung und dem Anhang.

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses, dessen Anhang und des Lageberichts wird von einer Abschlussprüferin bzw. von einem Abschlussprüfer durchgeführt. Der Verwaltungsrat bestellt die Abschlussprüferin bzw. den Abschlussprüfer und legt bei Bedarf Prüfungsschwerpunkte fest. Voraussetzung einer Bestellung ist die vorherige Abgabe einer schriftlichen Erklärung der Abschlussprüferin bzw. des Abschlussprüfers, dass keine Zweifel an der Unabhängigkeit bestehen. Die Erklärung muss enthalten, ob und gegebenenfalls welche geschäftlichen, finanziellen, persönlichen oder sonstigen Beziehungen zwischen der Abschlussprüferin, dem Abschlussprüfer bzw. der Prüfungsgesellschaft und der Postbeamtenkrankenkasse bestehen. Die Abschlussprüferin bzw. der Abschlussprüfer hat auch zu erklären, welche Beziehungen zu den Organmitgliedern, deren Dienstherrn bzw. Arbeitgebern und welche Beziehungen zur Postbeamtenkrankenkasse bestehen. Die Abschlussprüferin bzw. der Abschlussprüfer hat sich zu verpflichten, während der Prüfung auftretende mögliche Ausschluss- oder Befangenheitsgründe unverzüglich anzuzeigen. Weitere Voraussetzung einer Beauftragung ist das Vorliegen einer vertraglichen Verpflichtung der Abschlussprüferin bzw. des Abschlussprüfers, nach der die Vorsitzenden des Verwaltungsrats unverzüglich über alle für die Aufgaben des Verwaltungsrats wesentlichen Feststellungen und Vorkommnisse unterrichtet werden.

(3) Nach Zustimmung der alternierenden Vorsitzenden erteilt der Vorstand den Prüfungsauftrag und schließt die Honorarvereinbarung mit der Abschlussprüferin bzw. dem Abschlussprüfer ab.

(4) Nach Eingang des Prüfberichts legt der Vorstand diesen mit dem Jahresabschluss und dem Lagebericht dem Verwaltungsrat innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Geschäftsjahres zur Feststellung vor.

(5) Der festgestellte Jahresabschluss bedarf der Genehmigung der Bundesanstalt. Die Prüfungsrechte des Bundesrechnungshofs nach § 111 der Bundeshaushaltsordnung bleiben unberührt.

(6) Der Vorstand veröffentlicht jährlich einen Geschäftsbericht. Dieser enthält den Jahresabschluss (Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung und Anhang), den Lagebericht, den Bericht des Verwaltungsrats und den Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers.

§ 76 Entlastung

(1) Der Verwaltungsrat beschließt unter Berücksichtigung der Prüfberichte des Abschlussprüfers über die Entlastung des Vorstands. Der Verwaltungsrat unterrichtet die Aufsicht über die Beschlussfassung.

(2) Die Entlastung bedarf der Genehmigung der Aufsicht.

VI. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

§ 77 Anträge

(1) Anträge auf Versicherung, Änderung von Versicherungsverhältnissen oder auf Ermäßigung des Monatsbeitrags für Mitglieder und deren mitversicherte Angehörige sind vom Mitglied unterschrieben der Postbeamtenkrankenkasse vorzulegen. Gleiches gilt für Anträge auf Berücksichtigung der Belastungsgrenze und Anträge auf Genehmigung von Leistungen. Werden für die Anträge von der Postbeamtenkrankenkasse Vordrucke bereitgestellt, sind diese zu verwenden.

(2) Voraussetzung eines Anspruchs auf Erstattung ist ein Antrag des Mitglieds. Der Antrag ist der Postbeamtenkrankenkasse in Papierform vorzulegen. Dazu sind die von der Postbeamtenkrankenkasse bereitgestellten Vordrucke zu verwenden. Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Diese werden Eigentum der Postbeamtenkrankenkasse. Die Postbeamtenkrankenkasse kann zulassen, dass Leistungsanträge und die zugehörigen Belege elektronisch übermittelt werden. Die Postbeamtenkrankenkasse informiert die Mitglieder in geeigneter Weise über einen zugelassenen elektronischen Übermittlungsweg. Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Postbeamtenkrankenkasse zulassen, dass mitversicherte Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung des Mitglieds Leistungen selbst beantragen können. Das Mitglied ist vor der Entscheidung anzuhören. Die vom Mitglied noch nicht beantragten Leistungen können nach dem Tod des Mitglieds von einer Erbin oder einem Erben beantragt werden. Der Nachweis der Erbenstellung ist durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde zu führen.

(3) Anträge auf Beihilfen und Leistungen der Postbeamtenkrankenkasse können über die Beschäftigungs-/Betreuungsstelle vorgelegt oder direkt bei der Postbeamtenkrankenkasse eingereicht werden. Soweit für Anträge eine Frist gesetzt ist, wird der Eingang bei der Beschäftigungs- oder Betreuungsstelle dem Eingang des Antrags bei der Postbeamtenkrankenkasse gleichgesetzt.

§ 77a Automatisierter Erlass von Verwaltungsakten

Die Postbeamtenkrankenkasse ist befugt, in geeigneten Fällen einen Verwaltungsakt, mit dem über Ansprüche der Mitglieder auf Leistungen oder über die Höhe der von den Mitgliedern zu entrichtenden Beiträgen entschieden wird, vollständig durch automatische Einrichtungen zu erlassen, sofern kein Anlass besteht, den Einzelfall durch eine Person zu bearbeiten.

§ 78 Anzeige- und Mitwirkungspflichten

(1) Das Mitglied ist verpflichtet, der Postbeamtenkrankenkasse jede Änderung der Adresse, der Beschäftigungsbehörde, des Dienstherrn bzw. Arbeitgebers, der Kontoverbindung und alle die Mitgliedschaft oder die Mitversicherung dem Grunde nach berührenden Änderungen in den persönlichen Verhältnissen unverzüglich schriftlich anzuzeigen und auf Verlangen entsprechende Nachweise vorzulegen. Dies gilt auch für die Tatsachen, die auf die Höhe der Beiträge und den Umfang der Leistungen Einfluss haben. Die Verpflichtung zur Erteilung von Auskünften und zur Vorlage von Nachweisen besteht auch dann, wenn diese von der Postbeamtenkrankenkasse zur Prüfung

der Mitgliedschaft, der Mitversicherung, der Voraussetzungen für die Erhebung eines Ausgleichszuschlags oder zur Überprüfung der Höhe des Leistungsanspruchs angefordert werden.

(2) Kommt das Mitglied seinen Pflichten nach Absatz 1 Satz 1 und 2 nicht oder nicht rechtzeitig nach, sind zu Unrecht erbrachte Leistungen nach Maßgabe des § 30 Absatz 4 zurückzuzahlen. § 29 Absatz 4 findet Anwendung. Kommt das Mitglied seiner Pflicht aus Absatz 1 Satz 3 nicht oder nicht vollständig nach, sind die vom Mitglied beantragten Leistungen zu versagen; das Mitglied ist unter Fristsetzung schriftlich auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung hinzuweisen. Holt das Mitglied die Mitwirkung nach, ist die beantragte Leistung in Höhe des nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren. Kommt das Mitglied seiner Verpflichtung zur Anzeige eines Wechsels seines Dienstherrn bzw. seines Arbeitgebers nicht oder nicht rechtzeitig nach und ist aufgrund des Wechsels ein Ausgleichszuschlag zu erheben, findet § 28 Absatz 3 Satz 3 Anwendung. Kommt das Mitglied seiner Verpflichtung zur Anzeige eines Wechsels des Dienstherrn bzw. des Arbeitgebers nicht oder nicht rechtzeitig nach und wird ein Ausgleichszuschlag nach § 28 erhoben, ist abweichend von § 28 Absatz 3 Satz 3 der Ausgleichszuschlag bis zu dem Monat zu entrichten, zu dem die Voraussetzungen für den Wegfall des Ausgleichszuschlags nachgewiesen sind. Die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn die Postbeamtenkrankenkasse das Mitglied zur Auskunftserteilung aufgefordert hat oder wenn fehlerhafte Auskünfte erteilt werden.

(3) Erstattungen für die Mitglieder und ihre mitversicherten Angehörigen erfolgen nur für medizinisch notwendige Maßnahmen und für wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Um der Postbeamtenkrankenkasse die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit und der wirtschaftlichen Angemessenheit zu ermöglichen, ist das Mitglied verpflichtet, auf Anforderung die zur Prüfung erforderlichen Behandlungsunterlagen vorzulegen und schriftlich einzuwilligen, dass diese Unterlagen an von der Postbeamtenkrankenkasse beauftragten Sachverständigen bzw. Sachverständigenesellschaften zum Zweck der Erstellung eines Gutachtens weitergegeben werden. Das Mitglied kann diese Verpflichtung auch dadurch erfüllen, dass die Behandlungsunterlagen unmittelbar an die von der Postbeamtenkrankenkasse beauftragte Sachverständige bzw. Sachverständigenesellschaften übersandt werden.

(4) In den Fällen der Direktabrechnung ist das Mitglied zum Zweck der Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit und der wirtschaftlichen Angemessenheit auf Anforderung der Postbeamtenkrankenkasse verpflichtet, die Leistungserbringerin bzw. den Leistungserbringer von der Schweigepflicht zu entbinden und einzuwilligen, dass die angeforderten Unterlagen an die von der Postbeamtenkrankenkasse beauftragten Sachverständigen bzw. Sachverständigenesellschaften weitergegeben werden.

(5) Auf Verlangen der Postbeamtenkrankenkasse ist das Mitglied verpflichtet, sich von einer von ihr beauftragten Ärztin bzw. einem Arzt untersuchen zu lassen. Die Verpflichtung des Mitglieds erstreckt sich auch darauf, dass die mitversicherte Person eine Einwilligungserklärung gemäß Absatz 3 bzw. eine Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß Absatz 4 abgibt und sich auf Verlangen von einer beauftragten Ärztin bzw. einem Arzt untersuchen lässt.

(6) Kommt das Mitglied seinen Mitwirkungspflichten nach den Absätzen 3 bis 5 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert oder unmöglich gemacht, kann die Postbeamtenkrankenkasse die Leistungen, für die das Bestehen eines Erstattungsanspruchs nicht nachgewiesen ist, ganz oder teilweise versagen oder entziehen. Dies gilt auch für die Mitwirkungspflichten des Mitglieds, sofern diese ein Tätigwerden der mitversicherten Person betreffen. Wird die Mitwirkung nachgeholt, ist die beantragte Leistung in Höhe des nachgewiesenen Anspruchs zu gewäh-

ren. Das Mitglied ist vor der Versagung oder Entziehung unter Fristsetzung schriftlich auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung hinzuweisen.

§ 79 Verjährung

(1) Ansprüche der Postbeamtenkrankenkasse auf Beiträge verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.

(2) Ansprüche der Mitglieder auf Erstattung von Beiträgen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.

(3) Ansprüche der Mitglieder auf Leistungen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.

(4) Ansprüche der Postbeamtenkrankenkasse auf Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen und auf Schadenersatz verjähren in drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und die Postbeamtenkrankenkasse von den den Anspruch begründenden Tatsachen Kenntnis erlangt hat. Ohne Rücksicht auf diese Kenntnis verjähren die Ansprüche in zehn Jahren von ihrer Entstehung an.

§ 80 Ansprüche gegen Dritte und andere Leistungsträger

(1) Sind bei Unfällen die Heilbehandlungskosten von einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder einem sonstigen ersatzpflichtigen Dritten zu tragen oder wird Heilverfahren nach dem Beamtenversorgungsgesetz gewährt, besteht insoweit kein Anspruch gegen die Postbeamtenkrankenkasse.

(2) Bei Unfällen, für deren Folgen ein ersatzpflichtiger Dritter oder eine ersatzpflichtige Dritte haftet, können Leistungen nach Maßgabe der Satzung bis zur Höhe der den Verletzten zustehenden Ersatzansprüche gewährt werden. Die Ansprüche der Verletzten gegen die ersatzpflichtige Dritte bzw. den ersatzpflichtigen Dritten gehen insoweit auf die Postbeamtenkrankenkasse über.

(3) Alle Unfälle sind der Postbeamtenkrankenkasse unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Dies gilt auch für Dienst- und Arbeitsunfälle. Kommt das Mitglied der Anzeigepflicht nicht oder nicht rechtzeitig nach, sind zu Unrecht erbrachte Leistungen nach Maßgabe des § 30 Absatz 4 zurückzuzahlen.

(4) Verzichtet das Mitglied oder eine mitversicherte Angehörige bzw. ein mitversicherter Angehöriger auf den Ersatzanspruch nach Absatz 1, so besteht kein Anspruch auf Leistungen, soweit die Ersatzpflichtige bzw. der Ersatzpflichtige den Schaden hätte tragen müssen. Entsprechendes gilt, wenn die Geschädigte bzw. der Geschädigte die Aufwendungen aus Anlass der Behandlung der Unfallfolgen bzw. aus Anlass der Behandlung einer Krankheit in eine Abfindung einbezieht.

(5) Hat das Mitglied oder eine mitversicherte Angehörige bzw. ein mitversicherter Angehöriger aufgrund gesetzlicher oder anderer Vorschriften einen Entschädigungsanspruch gegen einen Träger der Sozialen Entschädigung oder andere Stellen, besteht insoweit kein Leistungsanspruch gegen die Postbeamtenkrankenkasse.

(6) Hat das Mitglied oder eine mitversicherte Angehörige bzw. ein mitversicherter Angehöriger einen Leistungsanspruch für nach der Satzung erstattungsfähige Aufwendungen aus einer anderen Versicherung, steht es dem Mitglied frei, welche Versicherung es zuerst in Anspruch nehmen will. Wurden Leistungen einer anderen Versiche-

rung zugesagt oder gezahlt, besteht insoweit kein Leistungsanspruch gegen die Postbeamtenkrankenkasse. Die Leistungen der Postbeamtenkrankenkasse dürfen zusammen mit den Leistungen der anderen Versicherung die tatsächlichen Aufwendungen nicht übersteigen. Soweit Leistungen einer gesetzlichen Krankenkasse oder eines sonstigen Kostenträgers aufgrund eigenen Anspruchs oder aufgrund einer Familienversicherung zugesagt oder gewährt werden, gelten Satz 1 bis 3 entsprechend; § 49 Absatz 3 bleibt unberührt. Tagegeldversicherungen gelten nicht als andere Versicherung im Sinne des Satzes 1.

(7) Der Leistungsanspruch gegen die Postbeamtenkrankenkasse entfällt für ehemalige Pflichtversicherte einer gesetzlichen Krankenkasse, soweit sie für sich oder ihre mitversicherten Angehörigen nach Übertritt zur Postbeamtenkrankenkasse für eine zum Zeitpunkt der Beendigung der Versicherungspflicht andauernde Behandlung aus der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt sind. Das gleiche gilt für Personen, die zur Mitversicherung angemeldet werden.

§ 81 Veränderung von Ansprüchen

Der Vorstand entscheidet über die Stundung, die Niederschlagung und den Erlass von Ansprüchen der Postbeamtenkrankenkasse.

§ 82 Mitgliederinformation

(1) Auf Anforderung erhalten die Mitglieder eine Satzung.

(2) Über wesentliche Änderungen im Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht sowie über wichtige Fragen von allgemeiner Bedeutung werden die Mitglieder durch die Mitgliederzeitschrift VITAMIN oder in anderer geeigneter Form informiert.

§ 83 Rechtsaufsicht, Zustimmungsvorbehalte

(1) Die Rechtsaufsicht über die Postbeamtenkrankenkasse führt die Bundesanstalt. Die Regelungen des § 88 Absatz 1 und 2 und § 89 Absatz 1 und 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Die Beschlüsse über

1. die Feststellung und wesentliche Änderung des Wirtschaftsplans nach § 74,
2. die Feststellung des Jahresabschlusses und des Lageberichts nach § 75,
3. die Entlastung des Vorstands nach § 76,
4. die befristete Einschränkung von Leistungen an die Mitglieder,
5. Richtlinien für die Anlage des Vermögens nach den §§ 70, 70a,
6. Änderung der Satzung nach § 87,
7. die Höhe der Beiträge und die Beitragsstruktur nach den §§ 25, 54, 61e und 62d

bedürfen der Genehmigung der Bundesanstalt.

(3) Die Beschlüsse über den Abschluss von Geschäftsbesorgungsverträgen über die Beihilfearbeitung für andere Stellen nach § 4 Absatz 2 Nr. 12 bedürfen der Zustimmung der Bundesanstalt.

§ 84 Widerspruchsverfahren

(1) Gegen Entscheidungen der Postbeamtenkrankenkasse ist vor Erhebung der Klage ein Widerspruchsverfahren durchzuführen.

(2) Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats, nachdem die Entscheidung dem Mitglied schriftlich bekannt gegeben worden ist, schriftlich oder zur Niederschrift bei der Postbeamtenkrankenkasse einzureichen.

(3) Hält die Postbeamtenkrankenkasse den Widerspruch für begründet, so hilft sie ihm ab und entscheidet über die Kosten. Hilft die Postbeamtenkrankenkasse dem Widerspruch nicht ab, so ergeht ein Widerspruchsbescheid. Der Widerspruchsbescheid ist zu begründen, mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen und zuzustellen. Der Widerspruchsbescheid bestimmt auch, wer die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung notwendigen Aufwendungen zu erstatten hat.

(4) Über den Widerspruch entscheidet ein Widerspruchsausschuss oder der Vorstand. Die Widerspruchsausschüsse entscheiden pro Kalenderjahr über 1500 Widersprüche, die gegen die Nichterstattung von Leistungen gerichtet sind und über die sonstigen Widersprüche. Einzelheiten zur Verteilung regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrats. Ein Anspruch des Widerspruchsführers auf Entscheidung durch einen der Entscheidungsträger besteht nicht.

§ 85 Widerspruchsausschüsse

(1) Die Widerspruchsausschüsse bestehen aus jeweils einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Mitglieder und einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Unternehmen bzw. der Bundesanstalt. Jede Vertreterin bzw. jeder Vertreter hat jeweils eine erste und eine zweite Stellvertreterin bzw. einen ersten und einen zweiten Stellvertreter.

(2) Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter werden von den entsprechenden Gruppen des Verwaltungsrats gewählt und vom Verwaltungsrat bestellt. Die Mitglieder und deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Aufwandsentschädigung. Diese richtet sich nach den vom Verwaltungsrat festgesetzten Sätzen.

(3) Die Sitzungen der Widerspruchsausschüsse sind nicht öffentlich. Der Vorstand oder eine von ihm Beauftragte bzw. ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen der Widerspruchsausschüsse beratend teil.

(4) Das Nähere zur Durchführung der Sitzungen regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrats.

§ 86 Klage

Für Klagen gegen Entscheidungen der Postbeamtenkrankenkasse und für sonstige das Rechtsverhältnis des Mitglieds zur Postbeamtenkrankenkasse betreffende gerichtliche Verfahren ist das Verwaltungsgericht Stuttgart zuständig.

§ 87 Satzungsänderungen, Ausführungsbestimmungen

(1) Die von dem Verwaltungsrat beschlossenen Satzungsänderungen (§ 4 Absatz 2 Ziffer 1) bedürfen der Genehmigung der Aufsicht.

(2) Der Verwaltungsrat kann Ausführungsbestimmungen zu der Satzung erlassen. Diese bedürfen ebenfalls der Genehmigung der Aufsicht.

(3) Satzungsänderungen und Ausführungsbestimmungen gelten, wenn nichts anderes bestimmt ist, auch für die bestehenden Versicherungsverhältnisse.

(4) Satzungsänderungen und Ausführungsbestimmungen treten - sofern nicht ein anderer Zeitpunkt bestimmt ist - mit Ablauf des ersten Tages der Bekanntmachung in Kraft.

(5) Die Bekanntmachung nach Absatz 4 erfolgt durch eine Veröffentlichung auf der Internetseite www.pbeakk.de, nachrichtlich im Gemeinsamen Ministerialblatt. Auf der Internetseite werden die Satzungsänderungen und Ausführungsbestimmungen dauerhaft als elektronisches Dokument eingestellt. Der Zeitpunkt der Einstellung wird dokumentiert.

§ 88 Auflösung

(1) Der Verwaltungsrat kann die Auflösung der Postbeamtenkrankenkasse beschließen, wenn die Erfüllung ihrer Aufgabe (§ 1) unmöglich geworden ist. Der Beschluss erfordert eine Zweidrittelmehrheit der im Verwaltungsrat vertretenen Stimmen. Er bedarf der Zustimmung der Aufsicht.

(2) Durch die Auflösung der Postbeamtenkrankenkasse erlöschen die bestehenden Versicherungsverhältnisse mit Ablauf des im Auflösungsbeschluss genannten Zeitpunkts, jedoch nicht vor Ablauf von 4 Wochen nach Bekanntgabe des Auflösungsbeschlusses im Gemeinsamen Ministerialblatt, herausgegeben vom Bundesministerium des Innern. Versicherungsansprüche, die bis dahin entstanden sind, können noch geltend gemacht werden. Zu Nachschüssen sind die Mitglieder nicht verpflichtet.

(3) Das nach Regelung sämtlicher Verbindlichkeiten verbleibende Vermögen wird auf Vorschlag des Verwaltungsrats mit Zustimmung der Aufsicht zu wohltätigen Zwecken für Angehörige der früheren Deutschen Bundespost, insbesondere zugunsten sonstiger Sozialeinrichtungen der früheren Deutschen Bundespost, verwendet.

Anhänge

Anhang 1 Beitragstabellen für die Grundversicherung

1.1 Beitragstabelle für die Grundversicherung (§§ 25, 26)

(alle Beiträge in Euro)

Mitglieder der Gruppe	A	B1	B2	B3	C	E	
						mit Leistungen nach der Leistungsordnung A	B
ohne mitversicherte Angehörige					573,05	499,56	573,05
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	115,27	120,91	272,09	299,96			
- bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres	150,85	169,29	380,94	419,94			
- bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	199,24	213,42	480,23	529,18			
- bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres	210,59	234,72	528,18	582,14			
- nach Vollendung des 50. Lebensjahres	221,99	254,65	573,05	631,64			
bei Elternzeit	31,00						
mit mitversicherten Angehörigen					786,54		
- bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres	250,45	275,73					
- mit 1 mitversicherten Angehörigen			670,09	736,31			
- mit 2 mitversicherten Angehörigen			769,32	846,58			
- mit 3 mitversicherten Angehörigen			907,13	998,16			
- mit 4 und mehr mitversicherten Angehörigen			1.111,25	1.221,54			
- bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	280,34	293,83					
- mit 1 mitversicherten Angehörigen			714,06	784,64			
- mit 2 mitversicherten Angehörigen			819,86	902,13			
- mit 3 mitversicherten Angehörigen			966,77	1.063,71			
- mit 4 und mehr mitversicherten Angehörigen			1.184,15	1.301,76			
- bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres	301,69	328,63					
- mit 1 mitversicherten Angehörigen			798,53	877,58			
- mit 2 mitversicherten Angehörigen			916,87	1.008,94			
- mit 3 mitversicherten Angehörigen			1.081,31	1.189,82			
- mit 4 und mehr mitversicherten Angehörigen			1.324,49	1.455,89			
- nach Vollendung des 50. Lebensjahres	311,61	349,54					
- mit 1 mitversicherten Angehörigen			849,41	933,37			
- mit 2 mitversicherten Angehörigen			975,25	1.073,09			
- mit 3 mitversicherten Angehörigen			1.149,93	1.265,38			
- mit 4 und mehr mitversicherten Angehörigen			1.408,72	1.548,44			
bei Elternzeit	31,00						

1.2 Ermäßigter Beitrag nach § 26 Absatz 4

Mitglieder der Gruppe A und Gruppe B1	
Gesamteinkünfte in Höhe von	
- 75 vom Hundert bis 99,99 vom Hundert der Bezugsgröße	227, 69
- 50 vom Hundert bis 74,99 vom Hundert der Bezugsgröße	152, 26
- unter 50 vom Hundert der Bezugsgröße	71, 14

1.3 Beitragszuschlag nach § 27 Absatz 1

Monatlicher Beitragszuschlag für jedes angefangene Jahr des verspäteten Beginns bzw. der Unterbrechung der Mitgliedschaft	
beim Beginn der Mitgliedschaft	
- bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres	1, 02
- nach Vollendung des 30. Lebensjahres	1, 69

1.4 Beitragszuschlag nach § 27 Absatz 2

Monatlicher Beitragszuschlag für jedes angefangene Jahr des verspäteten Beginns bzw. der Unterbrechung der Mitversicherung der Ehegattin, des Ehegatten, der Partnerin oder des Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft	
beim Beginn der Mitversicherung	
- bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres	1, 02
- nach Vollendung des 30. Lebensjahres	1, 69

1.5 Beitragszuschlag nach § 27 Absatz 4

Zuschlag für selbst beihilfeberechtigte mitversicherte Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen oder Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft		
Mitglieder der Gruppe	A	B1
- nach Vollendung des 30. Lebensjahres bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	26, 25	32, 89
- nach Vollendung des 40. Lebensjahres	45, 97	52, 63

1.6 Ruhensbeiträge nach § 27b Absatz 1

Ruhensbeitrag für die ruhende Mitgliedschaft oder für die ruhende Mitversicherung der Ehegattin, des Ehegatten, der Partnerin oder des Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft					
Mitglieder der Gruppe	A	B1	B2	B3	C
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	15, 96	16, 75	37, 68	41, 54	79, 37
- bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres	20, 89	23, 45	52, 76	58, 16	
- bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	27, 59	29, 56	66, 51	73, 29	
- bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres	29, 17	32, 51	73, 15	80, 63	
- nach Vollendung des 50. Lebensjahres	30, 75	35, 27	79, 37	87, 48	

1.7 Ausgleichszuschläge nach § 28

Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige	20, 27
Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen	40, 54

1.8 Beitrag für studierende Kinder nach § 19 Absatz 4

Fortsetzung der Mitversicherung nach Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag, längstens bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres	266, 11
--	---------

Anhang 2 Aktuarielles Verfahren (zu § 25 Absatz 3 und 4)

- zur Berechnung der Mitgliedsbeiträge in der Grundversicherung der PBeaKK (§ 26g Absatz 3 Satz 2 BAPostG) und
- zur Durchführung des Beitragsvergleiches mit der PKV (§ 26g Absatz 3 Satz 4)

I. Berechnung der Beiträge in der Grundversicherung

1. Ergebnis des Gutachtens

Das Ergebnis des versicherungsmathematischen Gutachtens ist der Anpassungssatz der Beiträge der Grundversicherung in von Hundert ab dem nächsten Geschäftsjahr. Darüber hinaus sind Aussagen über die Höhe der planmäßigen Entnahme aus dem Ausgleichsfonds für das folgende Geschäftsjahr und die Verwendung der Rücklagen und Betriebsmittel zu treffen.

2. Berechnungsmethodik

Um den langfristigen Beitragstrend zu berechnen, der einen ausgeglichenen Haushalt gewährleistet, werden die Einnahmen und Ausgaben der Grundversicherung der PBeaKK bis zum Abwicklungsende fortgeschrieben. Hierzu zählen insbesondere:

- Beitragszahlungen der Mitglieder. Dabei ist der nach Anhang 5 der Satzung ermittelte Beitragsanteil in die Berechnung einzubeziehen.
- Erträge aus Kapitalanlagen, die zur Bedeckung der Betriebsmittel, Rücklagen und Rückstellungen gebildet werden
- Zuschüsse der Aktiengesellschaften
- Versicherungsleistungen an die PBeaKK Mitglieder
- Veränderung der Betriebsmittel, Rücklagen und Rückstellungen
- Planmäßige Entnahme aus dem Ausgleichsfonds. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Ausgleichsfonds bis zum Abwicklungsende vollständig in Anspruch genommen wird.
- Gewinnvortrag

3. Annahmen für die Durchführung der Beitragsberechnung

Zur Durchführung der Beitragsberechnung sind nach versicherungsmathematischen Methoden Annahmen zu treffen.

- a) Tarifauswahl
Die Tarifunterschiede der PBeaKK werden nach Verteilung der Mitglieder in die verschiedenen Beitragsgruppen berücksichtigt.
- b) Bestandsentwicklung
Die Entwicklung des Bestandes wird unter Berücksichtigung des Ist-Bestandes modelliert. Dabei sind die aus diesem Bestand hergeleiteten Wahrscheinlichkeiten, weitere Personen mitversichert zu haben, einzubeziehen. Die Wahrscheinlichkeit des Ausscheidens aus der Mitgliedschaft in der PBeaKK durch Storno und Tod ist anhand von geeigneten Berechnungen (Sterbetafeln) abzubilden.
- c) Beitragshöhe
Ausgangspunkt für die Höhe der zu zahlenden Beiträge ist die jeweils aktuelle Beitragstabelle.

- d) Leistungsausgaben
Die Höhe der Leistungsausgaben pro Versichertem basiert auf den Leistungszahlungen der PBeaKK und wird alters-, tarif- und geschlechtsabhängig berechnet.
- e) Entwicklung von Eigenkapital und Rückstellungen
Die Betriebsmittel, Rücklagen und Rückstellungen entwickeln sich entsprechend den geleisteten Zahlungen für Versicherungsfälle. Es wird angenommen, dass diesen Bilanzposten Kapitalanlagen in gleicher Höhe gegenüber stehen. Die hierauf erwirtschafteten Kapitalerträge und die Veränderung der Rückstellungen fließen in das Jahresergebnis ein.

II. Beitragsvergleich

1. Ergebnis des Gutachtens

Das Ergebnis des Gutachtens ist das Verhältnis der Mitgliedsbeiträge der PBeaKK zu den Beiträgen privater Beihilfeergänzungsversicherungen unter Berücksichtigung vergleichbarer Leistungen und der nachfolgenden Bestimmungen.

2. Durchführung des Lebensbeitragsvergleichs

a) Methodik des Beitragsvergleichs

Die PBeaKK erhebt Beiträge im so genannten Umlageverfahren. In der PKV kommt demgegenüber eine individuelle Beitragskalkulation unter Berücksichtigung des Krankheitsrisikos zur Anwendung.

Zum Vergleich zwischen PBeaKK und PKV werden alle Beiträge, die ein Versicherter vom Eintritt in die PBeaKK bis zum Lebensende in Abhängigkeit der sich jährlich unter Umständen verändernden Lebenssituation (Familienstand, Aktiver vs. Pensionär) bezahlt ("Lebensbeiträge"), zusammengezählt und abgezinst.

Durch die Abzinsung wird der wirtschaftlichen Tatsache Rechnung getragen, dass ein Euro inflationsbedingt heute mehr wert ist als ein Euro in der Zukunft. Hierfür wird als Diskontierungssatz der in der PKV für Zwecke der Beitragsberechnung und Reservierung verwendete Zinssatz herangezogen.

Der Beitragsvergleich setzt die Lebensbeiträge des gesamten Versichertenkollektivs der PBeaKK mit den fiktiven Lebensbeiträgen der PKV dieses Kollektivs ins Verhältnis.

b) Weitere Annahmen

Die Annahmen zu den Altersstrukturen von mitversicherten Ehegatten und Kindern sowie Storno- und Sterbewahrscheinlichkeiten werden vom Versicherungsmathematiker / von der Versicherungsmathematikerin nach anerkannten aktuariellen Methoden hergeleitet. Die Festlegung des Status und Familienstandes während der Lebenszeit des Mitglieds bzw. im Überlebensfall des mitversicherten Ehepartners ergibt sich aus der für den Vergleich angenommenen Verteilung im Versichertenbestand der PBeaKK. Der Diskontierungsfaktor richtet sich nach der gültigen Kalkulationsverordnung. Die Beiträge der PBeaKK sind der jeweils aktuellen Beitragsstaffel lt. Satzung PBeaKK zu entnehmen. PKV-Beiträge sind als Bestandsbeiträge zu ermitteln. Alternativ ist auf Neubeiträge in der PKV abzustellen.

c) Ermittlung der Lebensbeiträge von PBeaKK und PKV

Der Lebensbeitrag eines Versicherten in der PBeaKK wird aus der jeweils aktuellen Beitragsstaffel in der Satzung für das jeweils erreichte Alter unter Berücksichtigung der Familienstruktur errechnet.

Zur Ermittlung des Lebensbeitrags eines vergleichbaren Versichertenbestandes in der PKV wird auf die jeweiligen Durchschnittsbeitragssätze für Bestandsbeiträge oder - sofern diese nicht verfügbar sind - für Neuabschlüsse von Versicherten und ihren Mitversicherten bei den größten privaten Krankenversicherungen mit einem Marktanteil von mindestens 70% abgestellt. Es wird derjenige PKV-Tarif zum Vergleich herangezogen, der dem Leistungsspektrum der Grundversicherung PBeaKK am ehesten entspricht.

d) Berücksichtigung der Leistungs- und Beitragsunterschiede

Für den Beitragsvergleich bedarf es hinsichtlich der zugrunde liegenden Tarife einer Anpassung auf ein einheitliches Leistungsversprechen (hier: PBeaKK-Grundversicherungsschutz Tarif B). Unterschiede im Leistungsversprechen sind aus der Perspektive des Versicherten zu betrachten. Zur Ermittlung ist auf die finanzielle Leistung des Versicherungsunternehmens gegenüber dem Versicherten abzustellen. Die Anpassung auf ein einheitliches Leistungsversprechen erfolgt über Zu- oder Abschläge auf die Vergleichsprämie der PKV. Soweit dies nicht möglich ist, erfolgt die Abschätzung der Unterschiede auf Basis der Höhe der Leistungsausgaben der PBeaKK und wird durch einen Zu- oder Abschlag auf den Beitrag der PBeaKK berücksichtigt.

i) Ermittlung der Zu- oder Abschläge der PKV-Prämie

Bei der Berechnung der Zu- oder Abschläge der PKV-Prämie ist zu berücksichtigen, dass im Gegensatz zur PBeaKK in den Prämien der PKV neben den Leistungsausgaben weitere Kostenbestandteile (Verwaltungskosten, Sicherheitszuschlag) enthalten sind.

Die Höhe der Kostenbestandteile im PKV-Beitrag ist dabei aus den einschlägigen Tabellen im Jahresbericht der BaFin zu entnehmen.

Der Anteil der Schadenregulierungskosten als Teil der PKV-Verwaltungskosten im Verhältnis zu den übrigen Verwaltungskosten wird im Zusammenhang mit Anhang 5 der Satzung PBeaKK von der PBeaKK jährlich bei der BaFin angefragt.

Die Höhe der Zu- oder Abschläge wird folgendermaßen berechnet:

- Zunächst wird der Anteil des Leistungsbereichs mit abweichendem Leistungsversprechen am Gesamtleistungsvolumen bzw. der korrespondierende Prämienanteil an der Gesamtprämie ermittelt. Hierbei ist auf öffentlich verfügbare Daten zurückzugreifen, beispielsweise zur Ermittlung des Anteils der nach GOÄ abgerechneten Leistungen auf den jährlich veröffentlichten Zahlenbericht der privaten Krankenversicherungen.

- Der Unterschied im Leistungsversprechen wird sodann auf den entsprechenden Anteil des Leistungsbereichs an der Gesamtprämie bezogen und unter Berücksichtigung der übrigen Kostenbestandteile berechnet.

ii) Berücksichtigung des Leistungsunterschieds des A-Tarifs

Der Unterschied in der Tarifstruktur der PBeaKK zwischen A- und B-Mitgliedern ist beim Beitragsvergleich zu berücksichtigen. Dabei entspricht der Leistungsunterschied im A- und B-Tarif dem Unterschied bei der Prämienhöhe.

iii) Tabellarische Übersicht der Leistungs- und Beitragsunterschiede

Insgesamt sind gegenwärtig folgende Leistungs- und Beitragsunterschiede zu berücksichtigen, nach aktuariellen Methoden zu quantifizieren und im Gutachten offenzulegen:

Leistungs- und Beitragsunterschiede	PKV	PBeaKK
GOÄ	Im Regelfall 2,3-facher Satz, mit besonderer Begründung bis zu 3,5-fach	<u>Tarif A:</u> 1,72-facher Satz <u>Tarif B:</u> Im Regelfall 1,9-facher Satz, mit besonderer Begründung bis zu 3,5-fach
Erstattung von Zahn- und Materialkosten	i.d.R. 100%	40%
Erstattung von Sehhilfen	(+)	(-)
Keine Zuzahlung für Arznei-/Verband- und Hilfsmittel sowie für stationären Aufenthalt	(+)	(-)
Chefarztbehandlung im Krankenhaus	Nur optional, dann aber immer mit Zweibettzimmer	Tarif A: (-) Tarif B: (+)
Häusliche Krankenpflege, Familien- und Haushaltshilfen	(-)	(+)
Risikozuschläge	(+)	(-)
Beitragsrückerstattung	(+)	(-)

(+) Bestandteil des Beitrags-/Leistungsspektrums

(-) kein Bestandteil des Beitrags-/Leistungsspektrums

III. Zeitpunkt und Erstellungstermin des Gutachtens

Die Berechnungen sind jährlich vor der Festlegung der Beitragssätze des kommenden Geschäftsjahres durchzuführen. Grundlage der Berechnungen sind die Daten zum Ende des vorherigen Jahres. Erkenntnisse aus dem bereits abgelaufenen Teil des laufenden Jahres sollen zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung berücksichtigt werden. Bei Veränderungen der Rahmenbedingungen sind die Regelungen dieser Anlage und die sich daraus ergebenden Annahmen zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Das Gutachten hat das Beitragsvergleichsverfahren so zu dokumentieren, dass die Annahmen und verwendeten Daten von einem sachverständigen Dritten nachvollzogen werden können.

Anhang 3 Beitragstabellen für Neuaufnahmen in Stufen und Neuabschlüssen weiterer Schritte in der Zusatzversicherung (zu § 54)

Beitragstabelle für die Zusatzversicherung¹

1	2	3	4	5	6
Aufnahmealter Jahre Frauen und Männer	Grund- stufe €	Krankenhaus- tagegeldstufe € je Schritt	Ergänzungs- stufe € je Schritt	ISH- Stufe €	Pflegetag- geld-stufe € je Schritt
bis 16	1,52	0,95	4,84	4,61	6,90
17	1,55	0,96	4,98	4,66	7,10
18	1,58	0,97	5,12	4,72	7,32
19	1,60	0,99	5,27	4,78	7,54
20	1,63	1,00	5,42	4,84	7,78
21	1,66	1,01	5,57	4,90	8,02
22	1,69	1,03	5,70	4,96	8,28
23	1,73	1,04	5,83	5,03	8,54
24	1,76	1,06	5,96	5,10	8,82
25	1,79	1,07	6,09	5,18	9,10
26	1,83	1,09	6,21	5,25	9,40
27	1,87	1,11	6,30	5,33	9,72
28	1,91	1,13	6,38	5,42	10,04
29	1,95	1,15	6,45	5,50	10,38
30	2,00	1,17	6,52	5,59	10,74
31	2,04	1,19	6,59	5,66	11,11
32	2,09	1,21	6,65	5,74	11,50
33	2,14	1,23	6,72	5,82	11,90
34	2,19	1,26	6,78	5,89	12,33
35	2,24	1,28	6,85	5,97	12,77
36	2,29	1,30	6,92	6,06	13,24
37	2,34	1,32	7,00	6,14	13,72
38	2,39	1,35	7,07	6,23	14,23
39	2,44	1,37	7,15	6,33	14,76
40	2,49	1,39	7,23	6,42	15,32
41	2,54	1,42	7,31	6,52	15,90
42	2,59	1,45	7,39	6,62	16,52
43	2,63	1,47	7,47	6,72	17,15
44	2,68	1,50	7,55	6,82	17,83
45	2,73	1,53	7,62	6,92	18,54
46	2,78	1,56	7,69	7,03	19,28
47	2,83	1,59	7,75	7,13	20,06
48	2,88	1,63	7,81	7,23	20,88
49	2,93	1,66	7,87	7,34	21,75
50	2,98	1,70	7,92	7,44	22,66

...

¹ Die Aufnahme in die Aufbaustufe ist seit dem 01.01.1987 nicht mehr möglich.

Beitragstabelle für die Zusatzversicherung – Fortsetzung –

1	2	3	4	5	6
Aufnahmealter Jahre Frauen und Männer	Grund- stufe €	Krankenhaus- tagegeldstufe € je Schritt	Ergänzungs- stufe € je Schritt	ISH- Stufe €	Pflegetage- geldstufe ² € je Schritt
51	3,04	1,74	7,96	7,54	23,63
52	3,09	1,78	8,00	7,64	24,63
53	3,15	1,82	8,03	7,73	25,70
54	3,21	1,86	8,05	7,83	26,83
55	3,27	1,90	8,07	7,92	28,02
56	3,34	1,95	8,08	8,01	29,29
57	3,41	2,00	8,09	8,10	30,64
58	3,48	2,04	8,09	8,18	32,06
59	3,56	2,10	8,09	8,26	33,59
60	3,64	2,15	8,10	8,34	35,21
61	3,73	2,21	8,10	8,41	36,94
62	3,82	2,26	8,11	8,48	38,79
63	3,91	2,32	8,11	8,54	40,79
64	4,02	2,39	8,12	8,60	42,94
65	4,12	2,45	8,12	8,66	45,25
66	4,23	2,52	8,13	8,71	47,75
67	4,35	2,59	8,14	8,75	50,42
68	4,47	2,66	8,15	8,78	53,29
69	4,60	2,74	8,15	8,81	56,40
70	4,73	2,81	8,16	8,84	59,76
71	4,86	2,89	8,17	8,85	
72	5,00	2,98	8,18	8,86	
73	5,14	3,06	8,19	8,88	
74	5,28	3,15	8,21	8,89	
75	5,43	3,24	8,22	8,91	
76	5,57	3,34	8,24	8,92	
77	5,72	3,43	8,25	8,94	
78	5,87	3,53	8,27	8,96	
79	6,01	3,64	8,29	8,98	
80	6,16	3,74	8,31	9,01	
81	6,30	3,85	8,34	9,03	
82	6,43	3,95	8,36	9,06	
83	6,56	4,06	8,39	9,09	
84	6,68	4,17	8,43	9,13	
85	6,78	4,27	8,46	9,16	
86	6,87	4,37	8,50	9,20	
87	6,95	4,47	8,54	9,25	
88	7,00	4,56	8,58	9,29	
89	7,04	4,64	8,62	9,34	
90	7,08	4,71	8,67	9,39	

...

² Die Aufnahme in die Pflegetagegeldstufe ist nur bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres möglich.

Beitragstabelle für die Zusatzversicherung – Fortsetzung –

1	2	3	4	5	6
Aufnahmealter Jahre Frauen und Männer	Grund- stufe €	Krankenhaus- tagegeldstufe € je Schritt	Ergänzungs- stufe € je Schritt	ISH- Stufe €	Pflegetage- geldstufe € je Schritt
91	7,13	4,77	8,73	9,45	
92	7,18	4,80	8,78	9,51	
93	7,22	4,83	8,84	9,57	
94	7,27	4,86	8,89	9,63	
95 ³	7,31	4,89	8,94	9,69	
Kinder, Voll- und Halbwaisen	0,48	0,29	1,75	2,30	

Beitragstabelle für die Auslandsreisekrankenversicherung

Monatsbeitrag für	€
Mitglieder der Grundversicherung sowie andere Versicherte	0,31
Ehegattinnen und Ehegatten oder Partnerinnen und Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft	0,31
Kinder, Voll- und Halbwaisen	0,00

³ Die Beiträge ab dem 95. Lebensjahr sind bei der Postbeamtenkrankenkasse hinterlegt.

Anhang 4 Ermittlung der Verwaltungskosten Verteilung auf Versicherungszweige (zu § 68a Absatz 3 Ziffer 2)

Berechnungsgrundlage für die Ermittlung des Verwaltungsaufwands für die Bearbeitung der Zusatzversicherung ist der Nettoverkaufspreis der Bundesanstalt.

I. Ermittlung der für die Berechnung maßgeblichen Verwaltungskosten (bereinigter Verwaltungsaufwand)

Vom Nettoverkaufspreis der Bundesanstalt werden folgende Verwaltungsaufwände abgezogen:

- a) der Verwaltungsaufwand für die im Auftrag der Gemeinschaft privater Pflegeversicherer durchgeführte private Pflegepflichtversicherung gemäß § 68a Absatz 3 Ziffer 3,
- b) der Verwaltungsaufwand für die im Auftrag der Bundesanstalt durchgeführte Beihilfebearbeitung für nicht in der Grundversicherung der Postbeamtenkrankenkasse versicherte beihilfeberechtigte Personen,
- c) der Verwaltungsaufwand für die im Auftrag der Bundesanstalt durchgeführte Bearbeitung der pflegebezogenen Beihilfe gemäß den §§ 37 bis 39 der Bundesbeihilfeverordnung für beihilfeberechtigte Personen, die bei der Postbeamtenkrankenkasse grundversichert sind,
- d) der Verwaltungsaufwand für die Beihilfebearbeitung im Auftrag anderer Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts und für andere Tätigkeiten gemäß § 68a Absatz 3 Ziffer 4.

Das Ergebnis dieser Berechnung ist der bereinigte Verwaltungsaufwand im Sinne dieses Anhangs.

II. Aufteilung des bereinigten Verwaltungsaufwands auf die Versicherungszweige

Die Aufteilung des bereinigten Verwaltungsaufwands auf die Grundversicherung (einschließlich Beihilfebearbeitung im Vereinigten Verfahren) und die Zusatzversicherung erfolgt proportional entsprechend der jeweiligen Leistungsausgaben.

Der Verwaltungsaufwand für die Zusatzversicherung ist der Anteil des bereinigten Verwaltungsaufwands, der dem Verhältnis der Leistungsausgaben dieser Versicherungszweige zu allen Versicherungszweigen der Postbeamtenkrankenkasse entspricht.

Die Verteilung dieses Verwaltungsaufwands auf die einzelnen Stufen der Zusatzversicherung erfolgt entsprechend dem proportionalen Anteil der Leistungsausgaben dieser Versicherungszweige.

Anhang 5 Verfahren zur Ermittlung der Kosten effizienter Verwaltung für die Grundversicherung (zu § 68a Absatz 3 Ziffer 1)

Gliederung

- I. Einleitung
- II. Bestimmung des Verwaltungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse
- III. Gruppierung des Verwaltungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse nach Funktionsbereichen
- IV. Ermittlung des für den Effizienzvergleich maßgeblichen Verwaltungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse
- V. Ermittlung des für den Effizienzvergleich maßgeblichen Verwaltungsaufwands der Grundversicherung der Postbeamtenkrankenkasse
- VI. Ermittlung des Verwaltungsaufwands vergleichbarer effizienter PKV - Unternehmen
- VII. Ermittlung der auf die Beiträge in der Grundversicherung umzulegenden Verwaltungskosten
- VIII. Festlegung der den Berechnungen zu Grunde gelegten Werte

I. Einleitung

Nach § 2 Absatz 1 PBeaKK-VerwAufwVO und § 68a Absatz 3 Ziffer 1 Buchstabe a) der Satzung PBeaKK ist ein Vergleich des Verwaltungsaufwands zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und vergleichbaren effizienten privaten Versicherungsunternehmen durchzuführen, um die Kosten effizienter Verwaltung zu ermitteln.

II. Bestimmung des Verwaltungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse

- a) Der Verwaltungsaufwand der Postbeamtenkrankenkasse besteht nach § 26k Satz 1 BAPostG aus den der Bundesanstalt aus der Weiterführung der Postbeamtenkrankenkasse entstehenden Kosten, einschließlich der kalkulatorischen Kosten und des nach Maßgabe des § 19 Absatz 1 BAPostG anfallenden Gewinnzuschlags. In § 68a der Satzung der PBeaKK wird die Finanzierung des Verwaltungsaufwands geregelt, soweit er durch die Bereitstellung von Personal- und Sachmitteln an die Postbeamtenkrankenkasse bei der Bundesanstalt entsteht. Die Finanzierung des Verwaltungsaufwands durch die Postbeamtenkrankenkasse unterscheidet sich nach den Bereichen der Postbeamtenkrankenkasse, in denen der Verwaltungsaufwand entsteht. Im Einzelnen sind dies die folgenden Bereiche:
 - Grundversicherung,
 - Zusatzversicherung,
 - Pflegepflichtversicherung,

- Beihilfearbeitung,
 - Beihilfearbeitung für andere öffentlich-rechtliche Einrichtungen und andere Tätigkeiten.
- b) Die Definition des Verwaltungsaufwand für die PKV folgt aus der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV).

Nach § 43 RechVersV sind die gesamten Personal- und Sachaufwendungen zuzüglich der kalkulatorischen Mietaufwendungen als Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb für eigene Rechnung anzusetzen. Die Verwaltungsaufwendungen sind den folgenden Funktionsbereichen zugeordnet:

- i. Regulierung von Versicherungsfällen
- ii. Abschluss von Versicherungsverträgen
- iii. Verwaltung von Versicherungsverträgen
- iv. Verwaltung von Kapitalanlagen und
- v. Sonstige Aufwendungen

Dabei ist für die Aufgabe des Vergleichs der Aufwendungen zu beachten, dass der Aufwand für die Regulierung von Versicherungsfällen nicht separat ausgewiesen wird, sondern nach § 41 RechVersV vom Bruttobetrag der Zahlung für Versicherungsfälle umfasst wird. Die direkte Ermittlung des Regulierungsaufwands für Versicherungsfälle ist mangels verfügbarer Daten nicht möglich. Nach RechVersV werden in der PKV die Verwaltungsaufwendungen für Kapitalanlagen nach § 46 Absatz 2 RechVersV von den Kapitalanlageerträgen abgezogen. Daher werden sie für den Vergleich von den Verwaltungsaufwendungen der Postbeamtenkrankenkasse abgezogen. Demgegenüber sind die sonstigen Aufwendungen in der PKV vom Mitglied durch einen Sicherheitszuschlag zu tragen. Im Ergebnis werden für den Vergleich Aufwendungen aus folgenden Funktionsbereichen gegenübergestellt:

- Regulierung von Versicherungsfällen,
- Verwaltung von Versicherungsverträgen.

III. Gruppierung des Verwaltungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse nach Funktionsbereichen

Um die Aufwendungen in den relevanten Funktionsbereichen gegenüberzustellen muss zunächst der Verwaltungsaufwand der Postbeamtenkrankenkasse auf die Funktionsbereiche zugeordnet werden.

- Dem Funktionsbereich Regulierung von Versicherungsfällen sind folgende Aufwandsursachen der Postbeamtenkrankenkasse zuzuordnen:
 - Leistungsbearbeitung,
 - Bearbeitung der Widersprüche,
 - Regress, soweit es sich um die Verfolgung von Ansprüchen gegen Dritte und andere Leistungsträger handelt.
- Dem Funktionsbereich Abschluss von Versicherungsverträgen ist derjenige Aufwand in der Postbeamtenkrankenkasse zuzuordnen, der durch Zugang mitzuversichernder Familienangehöriger entsteht.
- Dem Funktionsbereich Verwaltung von Versicherungsverträgen sind folgende Aufwandsursachen der Postbeamtenkrankenkasse zuzuordnen:

Mitgliedschaftswesen mit den Aufgaben

- Änderung der Tarifklassen (beispielsweise Erhöhung der Tarifklasse von 30% auf 50%),
 - Wechsel der Mitgliedergruppen (beispielsweise Wechsel von der Gruppe A in die Gruppe B 1),
 - Wiederaufnahme von ruhenden Versicherungen,
 - Verwaltung der Bestandsbewegungen (beispielsweise Begründung oder Beendigung der Mitgliedschaft oder Mitversicherung).
- Dem Funktionsbereich Verwaltung von Kapitalanlagen sind folgende Aufwandsursachen der Postbeamtenkrankenkasse zuzuordnen:
 - Eigene Verwaltung für Kapitalanlagen sowie
 - Aufwendungen für externes Portfoliomanagement.
 - Den sonstigen Aufwendungen sind beispielsweise folgende Aufwandsursachen zuzuordnen:
 - Zinszuführungen zu den Altersvorsorgerückstellungen,
 - Beratungskosten für das Unternehmen als Ganzes,
 - Sonderabschreibungen,
 - Jahresabschluss, Aufsicht, Prüfung und Kosten der Kontrollorgane.

IV. Ermittlung des für den Effizienzvergleich maßgeblichen Verwaltungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse

Bei dem Verwaltungsaufwand der Postbeamtenkrankenkasse sind insbesondere folgende Aufwände nicht zu berücksichtigen:

- a) der Verwaltungsaufwand für die im Auftrag der Gemeinschaft privater Pflegeversicherer durchgeführte private Pflegepflichtversicherung gemäß § 68a Absatz 3 Ziffer 3;
- b) der Verwaltungsaufwand für die im Auftrag der Bundesanstalt durchgeführte Beihilfebearbeitung für nicht in der Grundversicherung der Postbeamtenkrankenkasse versicherte beihilfeberechtigte Personen;
- c) der Verwaltungsaufwand für die im Auftrag der Bundesanstalt durchgeführte Bearbeitung der pflegebezogenen Beihilfe gemäß den §§ 37 bis 39 der Bundesbeihilfeverordnung für beihilfeberechtigte Personen, die bei der Postbeamtenkrankenkasse grundversichert sind;
- d) der Verwaltungsaufwand für die Beihilfebearbeitung im Auftrag anderer Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts und für andere Tätigkeiten gemäß § 68a Absatz 3 Ziffer 4;
- e) der Verwaltungsaufwand für die Kapitalanlagen und sonstige Aufwendungen;
- f) der Verwaltungsaufwand, der dem nichtversicherungstechnischen Aufwand gemäß § 48 RechVersV entspricht, insbesondere die Zinszuführungen zu Pensionsrückstellungen.

Der so ermittelte Verwaltungsaufwand ist der „für den Effizienzvergleich maßgebliche Verwaltungsaufwand“ im Sinne dieses Anhangs.

Regulierung von Versicherungsfällen
 + Abschluss von Versicherungsverträgen
 + Verwaltung von Versicherungsverträgen
 + Verwaltung von Kapitalanlagen
 + Sonstige Aufwendungen
 Verwaltungsaufwand

- Private Pflegepflichtversicherung
 - Beihilfebearbeitung für nicht bei der Postbeamtenkrankenkasse grundversicherte Personen
 - Pflegebezogene Beihilfe gemäß §§ 37 bis 39 der Bundesbeihilfeverordnung für bei der Postbeamtenkrankenkasse grundversicherte Personen
 - Beihilfebearbeitung für andere Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts und andere Tätigkeiten
 - Verwaltungsaufwand Kapitalanlagen
 - Abschlussaufwendungen abzüglich Beihilfebearbeitung
 - Sonstige Aufwendungen

für den Effizienzvergleich maßgeblicher Verwaltungsaufwand

V. Ermittlung des für den Effizienzvergleich maßgeblichen Verwaltungsaufwands der Grundversicherung der Postbeamtenkrankenkasse

Die Verteilung der Verwaltungsaufwendungen auf die Versicherungszweige erfolgt im Verhältnis der Leistungsausgaben der einzelnen Zweige zu den Gesamtleistungsausgaben. Der prozentuale Anteil der Grundversicherung an den Gesamtleistungsausgaben wird durch Division der Leistungsausgaben der Grundversicherung durch die auf alle Versicherungszweige zusammen entfallenden Leistungsausgaben berechnet.

Sodann wird der prozentuale Leistungsanteil der Grundversicherung mit dem für den Effizienzvergleich maßgeblichen Verwaltungsaufwand multipliziert.

Soweit die Postbeamtenkrankenkasse gegenüber Mitgliedern und mitversicherten Angehörigen nicht nur Leistungen der Grundversicherung erbringt, sondern zugleich auch die Beihilfebearbeitung vornimmt, vermindert sich dieser Teil des Verwaltungsaufwandes um den auf die Beihilfebearbeitung entfallenden Anteil des Verwaltungsaufwandes. Der auf die Beihilfebearbeitung entfallende Anteil des Verwaltungsaufwandes bemisst sich in entsprechender Anwendung von § 1 Satz 3 PBeaKK-VerwAufwVO auf 40/140, mithin rechnerisch auf 28,57% des Verwaltungsaufwandes der Grundversicherung.

Das Ergebnis ist der für den Effizienzvergleich maßgebliche Verwaltungsaufwand der Grundversicherung.

VI. Ermittlung des Verwaltungsaufwands vergleichbarer effizienter PKV - Unternehmen

1. Prämissen

Die Kosten effizienter Verwaltung der Grundversicherung im Sinne des § 2 Absatz 1 PBeaKK-VerwAufwVO sind diejenigen, die, gemessen an den Leistungsausgaben, den in effizienten privaten Versicherungsunternehmen entstehenden Verwaltungsaufwendungen typischerweise entsprechen.

Als Effizienzgrenze werden die durchschnittlichen Verwaltungsaufwendungen im Verhältnis zu den Leistungsausgaben definiert.

2. Ermittlung

2.1 Ermittlung des relevanten Verwaltungskostensatzes

In der von der BaFin jährlich publizierte Tabelle 460 werden die dort im Verhältnis zu Bruttobeiträgen dargestellten Verwaltungsaufwendungen in das Verhältnis zu den Aufwendungen für Versicherungsfälle gesetzt. Sodann wird das Verhältnis aus der Summe der Aufwendungen für Versicherungsfälle zur Summe der Verwaltungsaufwendungen ermittelt. Der sich ergebende prozentuale Wert ist der relevante Verwaltungskostensatz.

2.2 Berechnung des Schadenregulierungskostensatzes

Um den korrespondierenden Schadenregulierungskostensatz der PKV zu ermitteln, wird der Verwaltungskostensatz mit der Verhältniszahl von durchschnittlichen Schadenregulierungskosten zu durchschnittlichen Verwaltungskosten multipliziert. Diese Verhältniszahl ist von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht jährlich anzufordern.

Verwaltungskostensatz Verhältniszahl BaFin = Schadenregulierungskostensatz

2.3 Vergleichswert effizienter Verwaltung

Die Summe aus Schadenregulierungskostensatz und Verwaltungskostensatz ergibt den prozentualen „Vergleichswert effizienter Verwaltung“. Dieser Wert wird zu dem prozentualen auf die Grundversicherung entfallenden für den Effizienzvergleich maßgeblichen Verwaltungsaufwand ins Verhältnis gesetzt. Der prozentuale auf die Grundversicherung entfallende für den Effizienzvergleich maßgebliche Verwaltungsaufwand wird ermittelt, indem der auf die Grundversicherung entfallende Verwaltungsaufwand durch die Leistungsausgaben Grundversicherung zuzüglich des Schadenregulierungsaufwands der Postbeamtenkrankenkasse dividiert wird.

VII. Ermittlung der auf die Beiträge in der Grundversicherung umzulegenden Verwaltungskosten

Um den Verwaltungsaufwand der Grundversicherung zu bestimmen, der ineffizient ist und vom Versicherungsmathematiker in die Kalkulation der Versicherungsbeiträge mit einbezogen werden muss, wird von dem prozentualen „Vergleichswert effizienter Verwaltung“ der privaten Krankenversicherungen der prozentuale Wert des auf die Grundversicherung entfallenden für den Effizienzvergleich maßgeblichen Verwaltungsaufwands abgezogen. Sollte der sich ergebende prozentuale Differenzwert positiv sein, ist die Postbeamtenkrankenkasse in ihren Kosten effizienter. Sollte der prozentuale Differenzwert negativ sein, so ist er mit den Leistungsausgaben in der Grundversicherung zu multiplizieren. Der sich ergebende absolute Betrag ist vom Versicherungsmathematiker bei der Kalkulation der Mitgliedsbeiträge als Zuschlag zu berücksichtigen.

VIII. Festlegung der den Berechnungen zu Grunde gelegten Werte

Die Kalkulation erfolgt generell auf Basis der für das letzte abgeschlossene Jahr vorliegenden Werte.

Anhang 6 Anlagerichtlinien für das Vermögen der Postbeamtenkrankenkasse (zu §§ 70 und 70a)

Anlagerichtlinien (AnIR) gemäß §§ 70 und 70a der Satzung PBeaKK

I. Zielsetzung

Die Kapitalanlagen der PBeaKK sind mit dem Ziel zu investieren, im mehrjährigen Durchschnitt eine angemessene positive Rendite zu erwirtschaften. Die Höhe der angemessenen Rendite ist abhängig von der Unternehmensstrategie, den jährlichen versicherungsmathematischen Gutachten der Grund- und Zusatzversicherung, der Fristigkeit der zukünftigen Leistungsausgaben, der jährlich vom Verwaltungsrat bestimmten Risikobereitschaft der PBeaKK und dem allgemeinen Markttrenditeniveau.

II. Investmentprozess

Die strategische Ausrichtung der Kapitalanlagen der PBeaKK (Strategische Asset Allocation - SAA) ist jährlich zu überprüfen und auf Empfehlung des Vorstands vom Verwaltungsrat jährlich neu zu beschließen. Die SAA soll möglichst breit diversifiziert und auf die mittelfristige Erwirtschaftung der Zielrendite ausgerichtet sein. Der Beschluss soll Zielgrößen und Bandbreiten für Anlagen in „Zinstitel Investment Grade“, „Zinstitel Non Investment Grade“, „Aktien“, „Immobilien“ und gegebenenfalls weiteren Hauptassetklassen und Wertuntergrenzen vorgeben. Die Höhe der Wertuntergrenze ergibt sich aus der vom Verwaltungsrat beschlossenen Risikobereitschaft der PBeaKK in Form einer Mindestrendite.

Bei der Umsetzung der SAA hat der Vorstand die maßgeblichen Wertuntergrenzen einzuhalten. Stichtag hierfür ist das Ende des Kalenderjahres. Zur Gewährleistung der Mindestrendite ist ein Wertsicherungsmanagement einzurichten. Bei der Umsetzung der SAA des Stammbestandes ist weiter die Mindestrisikotragfähigkeitsquote in der Zusatzversicherung einzuhalten. Bei Unterschreitung sind die Vorgaben des Risikomanagements umzusetzen.

III. Struktur der Kapitalanlagen

Die Kapitalanlagen der PBeaKK setzen sich aus dem Vermögen des Stammbestandes und dem Vermögen des Ausgleichsfonds zusammen. Der Stammbestand umfasst alle Kapitalanlagen der PBeaKK außerhalb des Ausgleichsfonds.

Das Vermögen des Stammbestandes und das Vermögen des Ausgleichsfonds einschließlich deren Erträge sind jeweils in ein Marktportfolio und ein Zinsportfolio zu untergliedern. Die Marktportfolios sind jeweils zu Marktwerten und die Zinsportfolios zu Nominalwerten zu bewerten.

Die Vermögensgegenstände der Zinsportfolios sind grundsätzlich bis zur Endfälligkeit zu halten und müssen eine dementsprechende Bonität aufweisen. Die Vermögensgegenstände der Zinsportfolios sind in Form eines Direktbestandes oder als Sondervermögen im Sinne der Begriffsbestimmung des § 1 Absatz 10 KAGB anzulegen. Die Vermögensgegenstände der Marktportfolios sind ausschließlich als Sondervermögen im Sinne des § 1 Absatz 10 KAGB anzulegen.

IV. Gemeinsame Bestimmungen für den Stammbestand und den Ausgleichsfonds

Für das Vermögen des Stammbestandes und das Vermögen des Ausgleichsfonds sind die Regelungen der Anlagegrundsätze des § 124 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und die hierzu ergangene Auslegungsentscheidung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zum Grundsatz der unternehmerischen Vorsicht (Prudent Person Principle, PPP) entsprechend anzuwenden.

Vermögenswerte des Stammbestandes und des Ausgleichsfonds können als Sondervermögen im Sinne des § 1 Absatz 10 KAGB angelegt werden, sofern die Anlagebedingungen der Sondervermögen die Vorgaben dieser Anlagerichtlinien erfüllen. Für sämtliche Anlagen innerhalb dieser Sondervermögen gelten die in den §§ 15 Absatz 1 und 124 VAG geregelten Vorgaben entsprechend.

Voraussetzung der Anlage in Aktien ist, dass diese in einen der anerkannten Wertpapierindices aufgenommen wurden. Anlagen in Hedgefonds nach § 283 Kapitalanlagegesetzbuch (KAGB) und Dach-Hedgefonds nach § 225 KAGB sind nicht zulässig. Ein Sicherungsvermögen im Sinne des § 125 VAG ist nicht zu bilden.

Vor der erstmaligen Aufnahme von Geschäften mit strukturierten Finanzprodukten ist die Zustimmung des Verwaltungsrats einzuholen. Davon ausgenommen sind börsennotierte einfach strukturierte Produkte.

V. Besondere Bestimmungen für den Stammbestand

Die Kapitalanlagen des Stammbestandes sind im Auftrag der PBeaKK von einer Verwaltungsgesellschaft zu mindestens 40 % als Sondervermögen nach § 1 Absatz 10 KAGB zu verwalten (Fremdverwaltung). Maßgeblich ist der Vermögenswert zum Beginn des Kalenderjahres (Marktportfolios bewertet zu Marktwerten, Zinsportfolios bewertet zu Nominalwerten). Die nicht fremd verwalteten Kapitalanlagen des Stammbestandes (Direktbestand) sind Teilwerte des Zinsportfolios des Stammbestandes.

Für den Direktbestand dürfen ausschließlich Namenspapiere (Schuldscheindarlehen, Namensschuldverschreibungen) im Sinne von § 10 Absatz 1 Nummer 1 und 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) erworben werden. Dabei sind nur Titel zu erwerben, die zum Erwerbszeitpunkt ein Rating von „A3“ (Moody's), „A-“ (Fitch) bzw. „A-“ (S&P) oder besser aufweisen. Die Titel des Direktbestands müssen während der Haltedauer über eine dem Investment-Grade-Rating entsprechende Bonität verfügen. Liegen unterschiedliche Ratings vor, gilt bei zwei vorhandenen Ratings das schwächere Rating, bei drei vorhandenen Ratings das schwächere der beiden besseren Ratings („BaFin-Rating“). Abweichend hiervon können Titel gehalten werden, soweit dies kaufmännisch sinnvoll erscheint und zu erwarten ist, dass Zins und Tilgung weiterhin gezahlt werden.

Unabhängig vom Bestehen und der Höhe einer über das Einlagensicherungsgesetz (EinSiG) hinausgehenden freiwilligen Einlagensicherung dürfen alle auf ein Kreditinstitut entfallenden Bankeinlagen 8,75 % des haftenden Eigenkapitals des jeweiligen Kreditinstituts nicht überschreiten.

VI. Besondere Bestimmungen für den Ausgleichsfonds

Die Kapitalanlagen des Ausgleichsfonds sind zu 100 % als Sondervermögen nach § 1 Absatz 10 KAGB von einer beauftragten Verwaltungsgesellschaft zu verwalten.

Anhang 7 Verfahren zur Ermittlung der Höhe der Ausgleichszuschläge zur Deckung des Verwaltungsaufwandes aus der Grundversicherung (zu § 28 Absatz 2 Satz 2)

I. Allgemeines

Die Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige haben einen einfachen Ausgleichszuschlag, Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen einen doppelten Ausgleichszuschlag zu entrichten.

II. Berechnungsweise

(1) Die Ausgleichszuschläge werden für einen Zeitraum von drei Kalenderjahren fest berechnet. Die Berechnung erfolgt im laufenden Geschäftsjahr im Voraus für die nächsten drei Kalenderjahre.

(2) Grundlage für die Berechnung nach Absatz 1 ist der für diesen Zeitraum voraussichtlich anfallende Verwaltungsaufwand gemäß der zum Zeitpunkt der Berechnung vorliegenden Mittelfristplanung der Bundesanstalt. Aus diesem Aufwand ermittelt die Postbeamtenkrankenkasse den voraussichtlichen bereinigten Verwaltungsaufwand der Grundversicherung (einschließlich Beihilfe im Vereinigten Verfahren) gemäß Anhang 4 anhand des entsprechenden Prozentsatzes aus dem vorangegangenen Geschäftsjahr. Dieser Aufwand wird durch die Gesamtanzahl der Versicherten der Grundversicherung (Mitglieder und mitversicherte Personen) dividiert und danach mit der Anzahl der Versicherten der Grundversicherung multipliziert, die nicht den Postnachfolgeunternehmen, der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation, der Museumsstiftung Post und Telekommunikation und der Bundesrepublik Deutschland zugeordnet sind. Von diesem Betrag wird der von der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 2 Absatz 4 Satz 2 PBeaKK-VerwAufwVO zu tragende Anteil in Abzug gebracht. Die Differenz ist der auf die Ausgleichszuschläge entfallende Verwaltungsaufwand, der sich um einen Überdeckungsbetrag gemäß Abschnitt III vermindert oder um einen Unterdeckungsbetrag gemäß Abschnitt III erhöht.

(3) Der Aufwand nach Absatz 2 wird durch die Anzahl der ausgleichszuschlagspflichtigen Mitglieder dividiert, wobei die Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen doppelt gewichtet werden. Hieraus ergibt sich der einfache und der doppelte Ausgleichszuschlag gemäß Abschnitt I Absatz 1.

(4) Maßgeblich für die Berechnung nach diesem Abschnitt sind die prognostizierten Versichertenzahlen aus dem für das laufende Geschäftsjahr erstellten versicherungsmathematischen Gutachten nach § 25 Absatz 2. Ruhende Mitgliedschaften und Mitversicherungen gemäß § 22 und § 23 werden nicht berücksichtigt.

III. Korrektur von Unterdeckungen und Überdeckungen

(1) Bei der Berechnung der Ausgleichszuschläge nach Abschnitt II findet ein Ausgleich statt für eine Unterdeckung oder Überdeckung der vereinnahmten Ausgleichszuschläge gegenüber dem tatsächlichen Verwaltungsaufwand der abgeschlossenen Geschäftsjahre. Ein im laufenden Geschäftsjahr bereits vorgesehener Ausgleich von Unterdeckungen oder Überdeckungen wird bei der Berechnung nach Satz 1 nicht nochmals berücksichtigt. Der sich hiernach ergebende Unterdeckungs- oder Überdeckungsbetrag wird gleichmäßig auf die drei Kalenderjahre nach Abschnitt II Absatz 1 verteilt.

(2) Der tatsächliche Verwaltungsaufwand wird berechnet, indem der jeweilige bereinigte Verwaltungsaufwand der Grundversicherung (einschließlich Beihilfe im Vereinigten Verfahren) gemäß Anhang 4 durch die Gesamtanzahl der Versicherten der Grundversicherung (Mitglieder und mitversicherte Personen) dividiert und danach mit der Anzahl der Versicherten der Grundversicherung multipliziert wird, die nicht den Postnachfolgeunternehmen, der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation, der Museumsstiftung Post und Telekommunikation und der Bundesrepublik Deutschland zugeordnet sind. Hiervon wird der von der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 2 Absatz 4 Satz 2 PBeaKK-VerwAufVO jeweils getragene Anteil in Abzug gebracht. Maßgeblich sind die Versichertenzahlen zum 31.12. des jeweiligen Geschäftsjahres. Ruhende Mitgliedschaften und Mitversicherungen gemäß § 22 und § 23 werden nicht berücksichtigt.

Beschlüsse

1 Mitgliedschaft

Beschluss 1.1 Weiterführung der Mitgliedschaft / Mitversicherung in besonderen Fällen

(1) Der Vorstand wird ermächtigt, in Ausnahmefällen hinsichtlich der Mitgliedschaft und der Mitversicherung in der Grundversicherung und der Versicherung in der Zusatzversicherung von den Bestimmungen der Satzung abzuweichen, wenn andernfalls Härten eintreten würden, die auf andere zumutbare Weise nicht beseitigt werden können.

(2) Die Mitgliedschaft, Mitversicherung oder Versicherung kann von der Zahlung eines Ausgleichszuschlags abhängig gemacht werden. Wird aufgrund einer Härtefallregelung nach diesem Beschluss die Zusatzversicherung fortgeführt, haben bisher zum Kinderbeitrag Versicherte den Beitrag nach Maßgabe des zum Zeitpunkt der Fortführung vorliegenden Aufnahmealters zu entrichten. Bei Fortführung der AKV-Stufe ist der Beitrag gemäß § 54 Absatz 1 und Absatz 3 Satz 3 Buchstabe a) zu entrichten; § 54 Absatz 2 findet keine Anwendung.

(3) Ein Rechtsanspruch auf Erlass einer Härtefallentscheidung oder auf eine darauf beruhende Fortsetzung der Mitgliedschaft / Mitversicherung besteht nicht.

Beschluss 1.2 Beschluss zu § 19 Absatz 1 Buchstabe h (Kinder ohne Ausbildungs- oder Arbeitsplatz)

(mit 84. Satzungsänderung aufgehoben)

2 Leistungen

Beschluss 2.1 Leistungen in besonderen Fällen

Der Vorstand wird ermächtigt, abweichend von den sonstigen Bestimmungen der Satzung und ihren Leistungsordnungen auf Antrag eines Mitglieds in folgenden Fällen eine Härtefallentscheidung zu treffen und Leistungen zu erbringen:

- a) wenn eine lebensbedrohliche Erkrankung, eine im Regelfall tödlich verlaufende Erkrankung oder eine Erkrankung, die diesen beiden Arten von Erkrankungen wertungsmäßig vergleichbar ist, vorliegt, bei der eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht,
- b) wenn durch eine Versorgungsform, für die nach der Satzung eine Erstattung nicht vorgesehen ist, eine für die PBeaKK wirtschaftlichere Behandlung sichergestellt werden kann.

Der Antrag auf Anerkennung eines Härtefalls ist nur zulässig, wenn der Berechtigte den Nachweis erbringt, dass keine Ansprüche gegenüber dem Dienstherrn oder gegenüber anderen öffentlichen oder privaten Kostenträgern bestehen. Ein Rechtsanspruch auf Erlass einer Härtefallentscheidung oder auf eine darauf beruhende Leistung besteht nicht.

Beschluss 2.2 Erstattung der beim Organspender anfallenden Aufwendungen und Leistungen zur Absicherung des Organspenders

(1) Ist der Empfänger einer Organ- oder Gewebespende nach den §§ 8 oder 8a Transplantationsgesetzes in der Grundversicherung der Postbeamtenkrankenkasse versichert, werden auf Antrag der Organspenderin oder des Organspenders die bei ihr/ihm entstandenen Aufwendungen in entsprechender Anwendung des Kapitel 2 der Bundesbeihilfeverordnung und der jeweiligen Tarifklasse der Organempfängerin bzw. des Organempfängers erstattet. Antragsberechtigt ist neben der Organspenderin oder dem Organspender auch deren/dessen Krankenversicherung. Im Übrigen gilt die Selbstverpflichtung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung vom 09. Februar 2012 entsprechend.

(2) Auf Antrag und auf entsprechenden Nachweis wird auch der aufgrund der Organspende tatsächlich erlittene Verdienstausfall der Organspenderin bzw. des Organspenders und die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung entsprechend der jeweiligen Tarifklasse der Organempfängerin bzw. des Organempfängers erstattet. Gleiches gilt für Personen, die als Organspenderin oder Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

(3) Hat die Organspenderin oder der Organspender gegen ihren bzw. seinen Arbeitgeber einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung, erstattet die Postbeamtenkrankenkasse anstelle des Verdienstausfalls nach Absatz 2 dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.

(4) Ist der Empfänger einer Organ- oder Gewebespende nach den §§ 8 oder 8a Transplantationsgesetzes in der Grundversicherung der Postbeamtenkrankenkasse versichert, werden auf Antrag der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) Aufwendungen bei postmortalen Organspenden erstattet. Erstattet werden die Aufwendungen für Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Transport des Organs sowie die Organisation für die Bereitstellung des postmortalen Organs zur Transplantation.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend bei einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen und anderen Blutbestandteilen nach Maßgabe von § 9 Transfusionsgesetz.

Beschluss 2.3 Leistungen für ambulante Hospizdienste

Die Postbeamtenkrankenkasse beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten ambulanter Hospizdienste für erbrachte Sterbebegleitung einschließlich palliativ-pflegerischer Beratung bei Mitgliedern und deren mitversicherten Angehörigen. Die Beteiligung erfolgt auf Grundlage einer zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und dem Verband privater Krankenversicherungen geschlossenen Vereinbarung.

Beschluss 2.4 Klinisches Krebsregister

Die Postbeamtenkrankenkasse beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung für Mitglieder und deren mitversicherten Angehörigen, unmittelbar gegenüber dem klinischen Krebsregister für

- a) jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach § 65c Absatz 4 Satz 2 bis 4 und Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie
- b) jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister nach § 65c Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Voraussetzung der Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und dem klinischen Krebsregister.

Leistungsordnungen

Leistungsordnung A

I. Sach- und Dienstleistungen

(1) Haben Mitglieder der Gruppe A sowie die der Mitgliedergruppe A zugeordneten Mitglieder der Gruppe E nach den Bestimmungen der Satzung Anspruch auf Leistungen, erhalten sie, vergleichbar den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem dort praktizierten Sachleistungsprinzip, die in dieser Leistungsordnung geregelten Sach- oder Dienstleistungen. Die Sach- und Dienstleistungen werden in dieser Leistungsordnung nachfolgend allgemein als Sachleistungen bezeichnet.

(2) Die Sachleistungen werden den Mitgliedern und deren mitversicherten Angehörigen im Auftrag der Postbeamtenkrankenkasse durch den Leistungserbringer oder die Leistungserbringerin zur Verfügung gestellt. Über die Erbringung der Sachleistungen schließt die Postbeamtenkrankenkasse in der Regel schriftliche Vereinbarungen mit den Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen; eine Vereinbarung liegt auch vor, wenn der Leistungserbringer oder die Leistungserbringerin die Sachleistungen auf Grundlage der vertraglichen Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringt und die Postbeamtenkrankenkasse hiermit einverstanden ist. Die erbrachten Leistungen werden unmittelbar mit der Postbeamtenkrankenkasse abgerechnet.

(3) Hat das Mitglied eine Sachleistung ohne Verschulden nicht in Anspruch genommen, erstattet die Postbeamtenkrankenkasse die notwendigen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als die erstattungsfähigen Höchstsätze nach der Leistungsordnung B.

II. Erstattung entstandener Aufwendungen

Sind für die Mitgliedergruppe A in dieser Leistungsordnung keine Sach- oder Dienstleistungen vorgesehen, erhalten die Mitglieder Leistungen nach der Leistungsordnung B. Die Regelungen zur Einordnung in die Tarifklassen unter Abschnitt II der Leistungsordnung B gelten entsprechend.

III. Leistungen

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
1	Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (§ 31)	
	Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen – in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Arzt, der Ärztin, dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin besteht – in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a) bis i)
2	Zahnärztliche Leistungen (§ 32)	
	a) Zahnärztliche Leistungen	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 2 Buchstabe a) bis c) und e)
	b) Material- und Laborkosten	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 2 Buchstabe d)

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
3	Arznei- und Verbandmittel (§ 33)	
	a) Arzneimittel, Medizinprodukte, Verbandmittel und Harn- und Blutteststreifen <ul style="list-style-type: none"> - bei Bezug von einer im Vertragsverhältnis zur Postbeamtenkrankenkasse stehenden Apotheke - bei Verbrauch während einer ärztlichen Behandlung - bei Verbrauch und/oder Bezug während einer zahnärztlichen Behandlung 	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 3 Buchstabe a)
	b) Enterale Ernährung <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit der Apotheke, dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 3 Buchstabe b)
	c) Botendienstzuschläge	Sachleistung
4	Heilmittel, Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 34)	
	a) Heilmittel (z.B. Physiotherapie wie Krankengymnastik und Massage, Ergotherapie, Sprachtherapie, medizinische Fußpflege) <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Heilmittelerbringer oder der Heilmittelerbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 4 Buchstabe a) und b)
	b) Rehabilitationssport und Funktionstraining <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 4 Buchstabe c)
5	Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke (§ 35)	
	Anschaffung, Miete, Reparatur und Instandsetzung, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln (z.B. Rollatoren, Rollstühle, Krankenpflegebetten, Sehhilfen), Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle (z.B. Insulinpumpen, Inhalationsgeräte), Körperersatzstücken (z.B. Bein-, Arm- und Augenprothesen, Perücken), sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vergütungsvereinbarung zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und einem Hilfsmittellieferanten vorliegt - in den übrigen Fällen 	100 Prozent der Vertragsätze abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 5

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
5a	Digitale Gesundheitsanwendungen (§ 35a) Digitale Gesundheitsanwendungen	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 5a
6	Erste Hilfe, Entseuchung, Organspende und Kommunikationshilfe (§ 36) a) Erste Hilfe b) Entseuchung c) Organtransplantationen - Organspenden - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen - Registrierung für die Suche im Zentralen Knochenmarkspender-Register - in den Fällen der Sach- oder Dienstleistung - in den übrigen Fällen d) Kommunikationshilfe	Sachleistung Sachleistung Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 1 unter Ziffer 1, Nummern 3, 4 Buchstabe a), Nummer 7 unter Ziffer 1, Nummern 8a, 9 und 10 Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 6 Buchstabe c) unter Ziffer 1, 2. Spiegelstrich Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 6 Buchstabe d)
7	Krankenhausleistungen (§ 37) a) allgemeine Krankenhausleistungen für vollstationäre und teilstationäre Untersuchungen und Behandlungen in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger besteht - in den übrigen Fällen b) allgemeine Krankenhausleistungen für vollstationäre und teilstationäre Untersuchungen und Behandlungen in sonstigen Krankenhäusern c) gesondert berechnete Kosten für die medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger besteht - in den übrigen Fällen d) gesondert berechnete Entgelte für belegärztliche Leistungen	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 7 unter Ziffer 1 Buchstabe a) Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 7 unter Ziffer 1 Buchstabe b) Sachleistung bis zu den Höchstbeträgen der Leistungsordnung B Nummer 7 unter Ziffer 1 Buchstabe c) Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 7 unter Ziffer 1 Buchstabe c) Sachleistung

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
	e) vor- und nachstationäre Untersuchungen und Behandlungen in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 7 unter Ziffer 1 Buchstabe f)
	f) ambulantes Operieren und andere stationersetzende Eingriffe und ambulante spezialärztliche Versorgung in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a) bis i)
	g) stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen im häuslichen Umfeld gemäß § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 9 unter Ziffer 1 Buchstabe g)
	h) Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 7 unter Ziffer 1 Buchstabe j
8	Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 38)	
	a) vorübergehende häusliche Krankenpflege (z.B. Verbände anlegen, waschen, kochen) <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8 Buchstabe a)
	b) vorübergehende häusliche Krankenpflege durch nahe Angehörige	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8 Buchstabe b)
	c) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 38 Absatz 6 <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Pflegeeinrichtungsträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung bis zum kalenderjährlichen Höchstbetrag nach § 42 Absatz 2 Satz 2 Sozialgesetzbuch Elftes Buch Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8 Buchstabe c)

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
	d) Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger, der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8 Buchstabe d)
8a	Außerklinische Intensivpflege (§ 38a) Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8a
8b	Familien- und Haushaltshilfe (§ 38b) a) Familien- und Haushaltshilfe <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen b) Familien- und Haushaltshilfe durch nahe Angehörige	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8b Buchstabe a) und b) Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8b Buchstabe c)
8c	Palliativversorgung (§ 38c) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Sinne des § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37 Absatz 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Aufwendungen bei stationärer, teilstationärer oder ambulanter Versorgung in Hospizen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8c
8d	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 38d) Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nr. 8d

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
9	Fahrtkosten (§ 39) a) Rettungsfahrten und -flüge sowie Fahrten mit Krankentransportwagen - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung besteht - in den übrigen Fällen b) Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln c) Fahrten mit privatem Kraftfahrzeug d) Fahrten mit Taxi, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung besteht - in den übrigen Fällen	 Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 9 Buchstabe a) Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 9 Buchstabe b) Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 9 Buchstabe c) Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 9 Buchstabe d)
10	Unterkunftskosten (§ 40) a) Unterkunftskosten bei auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen b) Unterkunftskosten (bei Pauschalen ggf. inkl. Verpflegungsanteil) bei Heilmitteln im Rahmen einer stationären Behandlung	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 10 Buchstabe a) Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 10 Buchstabe b)
11	Soziotherapie (§ 41) Soziotherapie - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 11
12	Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen (§ 42) Komplextherapie und Integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 12

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
13	Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)	
	a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Arzt, der Ärztin, dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe a)
	b) Arznei- und Verbandmittel <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen das Arznei- oder Verbandmittel durch einen Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin verordnet worden ist und in einer Apotheke bezogen worden ist, die im Vertragsverhältnis zur Postbeamtenkrankenkasse steht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe b)
	c) Heilmittel <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Heilmittelerbringer oder der Heilmittelerbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe c)
	d) Unterkunft, Verpflegung und Pflege für Versicherte bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), e) und f) <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der stationären Rehabilitationseinrichtung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe d) 1. Absatz
	e) Unterkunft, Verpflegung und Pflege für Versicherte bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe c) <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der stationären Rehabilitationseinrichtung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe d) 2. Absatz

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
	f) Unterkunft und Verpflegung für eine Begleitperson bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) und f) <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Rehabilitationseinrichtung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe e)
	g) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel, Heilmittel sowie Unterkunft, Verpflegung und Pflege bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) und f) in den Fällen des § 43 Absatz 7 <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger besteht - -in den übrigen Fällen 	Sachleistung bis zur Höhe des niedrigsten pauschalen Tagespflegesatzes Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe f)
	h) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel, Heilmittel bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) in den Fällen des § 43 Absatz 7 <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung bis zur Höhe des niedrigsten pauschalen Tagesatzes Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe g)
	i) Anschlussheilbehandlung oder Suchtbehandlung nach § 43 Absatz 8	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe h)
	j) Familien- und Haushaltshilfe <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe i)
	k) Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderungskosten	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe j)
	l) ärztlicher Schlussbericht bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) und f) <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Arzt oder der Ärztin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe k)
	m) Verdienstaussfall einer Begleitperson	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe l)
	n) Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe m)

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
14	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 44)	
	a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Arzt, der Ärztin, dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe a)
	b) Arznei- und Verbandmittel <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen das Arznei- oder Verbandmittel durch einen Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin verordnet worden ist und in einer Apotheke bezogen worden ist, die im Vertragsverhältnis zur Postbeamtenkrankenkasse steht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe b)
	c) Heilmittel <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Heilmittelerbringer oder der Heilmittelerbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe c)
	d) Unterkunft und Verpflegung für Versicherte für höchstens 21 Tage	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe d)
	e) Unterkunft und Verpflegung für eine Begleitperson für höchstens 21 Tage	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe e)
	f) Hin- und Rückfahrt	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe f)
	g) ärztlicher Schlussbericht <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Arzt oder der Ärztin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe g)
	h) Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe h)

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
15	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 45 Absatz 1, 2 und 4)	
	a) Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Frauen und Männern	Sachleistung
	b) Prophylaktische zahnärztliche Leistungen (z.B. Professionelle Zahnreinigung)	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 15 unter Ziffer 1 Buchstabe b)
	c) Aufwendungen nach § 45 Absatz 1 Buchstabe c) (Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko)	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 15 unter Ziffer 1 Buchstabe c)
	d) Aufwendungen nach § 45 Absatz 1 Buchstabe d) (Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik und Gendiagnostik im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko)	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 15 unter Ziffer 1 Buchstabe d)
	e) Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Arzt oder der Ärztin besteht - in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 15 unter Ziffer 1 Buchstabe e)
	f) Aufwendungen für Fluoridierungsmittel und Vitamin-D-Präparate	Sachleistung
16	Schutzimpfungen (§ 45 Absatz 3)	
	Schutzimpfungen	Sachleistung
17	Schwangerschaft und Geburt (§ 46)	
	a) Ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung	Sachleistung
	b) Aufwendungen nach den §§ 31-39 - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 17 unter Ziffer 1 Buchstabe b)
	c) Hebamme und Entbindungspfleger - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit der Hebamme oder mit dem Entbindungspfleger besteht - in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 17 unter Ziffer 1 Buchstabe c)

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
	d) Haus- und Wochenpflegekraft - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit der Haus- und Wochenpflegekraft besteht - in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 17 unter Ziffer 1 Buchstabe d)
	e) von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a SGB V - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger besteht - in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 17 unter Ziffer 1 Buchstabe e)
18	Leistungen zur künstlichen Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (§ 47)	
	a) künstliche Befruchtung - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Arzt oder der Ärztin besteht - in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 18 unter Ziffer 1 Buchstabe a)
	b) Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch - in den Fällen in denen eine Vereinbarung mit dem Arzt oder der Ärztin besteht - in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechen der Leistungsordnung B Nummer 18 unter Ziffer 1 Buchstabe b)
	c) Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nach vorheriger Zustimmung	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 18 unter Ziffer 1 Buchstabe c)

Leistungsordnung B

I. Allgemeine Bestimmungen

(1) Die Leistungsordnung B gilt für die Mitglieder der Gruppen B 1, B 2, B 3, C und die Mitglieder der Gruppe E, die der Mitgliedergruppe B zugeordnet sind. In der Leistungsordnung wird der Umfang der Erstattungen von Aufwendungen der Mitglieder geregelt.

(2) Die Erstattungsleistungen bemessen sich nach dem Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen (Tarifklasse). Die Tarifklasse richtet sich nach der jeweiligen Mitgliedergruppe unter Berücksichtigung einer bestehenden Beihilfeberechtigung der mitversicherten Angehörigen. Gegenüber den Mitgliedern der Gruppe B 1 mit einem Anspruch auf

- a) Beihilfe nach § 80 Bundesbeamtengesetz in Verbindung mit der Bundesbeihilfeverordnung,
- b) Beihilfe nach landesrechtlichen Vorschriften,
- c) Zuschüsse nach den Richtlinien für die Gewährung von Zuschüssen zu den Aufwendungen in Krankheits- und Geburtsfällen sowie bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten an Fürsorgeberechtigte, die nicht Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sind (Zuschüsse für Nicht-KVB-Mitglieder), oder
- d) arbeitsvertraglich oder tarifvertraglich zugesagte Beihilfe

erbringt die Postbeamtenkrankenkasse beihilfeergänzende Leistungen nach Maßgabe der in Abschnitt II geregelten Tarifklassen. Die übrigen Mitglieder erhalten Leistungen im Rahmen einer Tarifklasse von 100 Prozent nach Maßgabe der Abschnitte III bis V.

(3) Die erstattungsfähigen Höchstsätze ergeben sich aus Abschnitt VI.

II. Mitglieder der Gruppe B 1

(1) Bei Mitgliedern der Gruppe B 1 mit einem Anspruch auf Beihilfe nach § 80 Bundesbeamtengesetz in Verbindung mit der Bundesbeihilfeverordnung ist die Tarifklasse der jeweilige Prozentsatz, der den Bemessungssatz nach den §§ 46 Absatz 1 bis 3 und 47 Absatz 1 und 3 Bundesbeihilfeverordnung für die jeweils erstattungsfähigen Aufwendungen auf 100 Prozent ergänzt. Sofern kein abweichender Bemessungssatz nach § 47 Absatz 1 und 3 Bundesbeihilfeverordnung vorliegt, beträgt die Tarifklasse somit für entstandene Aufwendungen

- a) des Mitglieds als Beihilfeberechtigten (§ 2 Absatz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Absatz 2 und § 46 Absatz 2 Nummer 1 der Bundesbeihilfeverordnung) 50 Prozent
- b) des Mitglieds als Beihilfeberechtigten mit 2 oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern (§ 2 Absatz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Absatz 2 und § 46 Absatz 3 der Bundesbeihilfeverordnung) 30 Prozent
- c) der mitversicherten Ehegattin, des mitversicherten Ehegatten, der mitversicherten Partnerin oder des mitversicherten Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft als Beihilfeberechtigte bzw. als Beihilfeberechtigten (§ 2 Absatz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Absatz 2 und § 46 Absatz 2 Nummer 1 der Bundesbeihilfeverordnung) 50 Prozent
- d) der mitversicherten Ehegattin, des mitversicherten Ehegatten, der mitversicherten Partnerin oder des mitversicherten Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft als Beihilfeberechtigte

	bzw. als Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern (§ 2 Absatz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Absatz 2 und § 46 Absatz 3 der Bundesbeihilfeverordnung)	30 Prozent
e)	des mitversicherten Kindes als Beihilfeberechtigten (§ 2 Absatz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Absatz 2 und § 46 Absatz 2 Nummer 1 der Bundesbeihilfeverordnung)	50 Prozent
f)	des Mitglieds als beihilfeberechtigte Empfängerin bzw. als beihilfeberechtigten Empfänger von Versorgungsbezügen (ausgenommen Waisen) (§ 2 Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 2 sowie § 46 Absatz 2 Nummer 2 der Bundesbeihilfeverordnung)	30 Prozent
g)	der mitversicherten Ehegattin, des mitversicherten Ehegatten, der mitversicherten Partnerin oder des mitversicherten Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft als beihilfeberechtigte Empfängerin bzw. als beihilfeberechtigten Empfänger von Versorgungsbezügen (§ 2 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 2 und § 46 Absatz 2 Nummer 2 der Bundesbeihilfeverordnung)	30 Prozent
h)	des mitversicherten Kindes als beihilfeberechtigten Empfänger von Versorgungsbezügen (§ 2 Absatz 1 Nummer 2 und § 46 Absatz 2 Nummer 4 der Bundesbeihilfeverordnung)	20 Prozent
i)	der mitversicherten Ehegattin, des mitversicherten Ehegatten, der mitversicherten Partnerin oder des mitversicherten Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft als berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 4 Absatz 1 Satz 1 und § 46 Absatz 2 Nummer 3 der Bundesbeihilfeverordnung)	30 Prozent
j)	des mitversicherten Kindes als berücksichtigungsfähiges Kind (§ 4 Absatz 2 Satz 1 und § 46 Absatz 2 Nummer 4 der Bundesbeihilfeverordnung)	20 Prozent
k)	des Mitglieds als beihilfeberechtigte Waise (§ 2 Absatz 2 und § 46 Absatz 2 Nummer 4 der Bundesbeihilfeverordnung)	20 Prozent
l)	des Mitglieds als Beihilfeberechtigten oder der mitversicherten Ehegattin, des mitversicherten Ehegatten, der mitversicherten Partnerin oder des mitversicherten Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft als Beihilfeberechtigte bzw. als Beihilfeberechtigten bei Inanspruchnahme von Elternzeit gemäß § 46 Absatz 3 Satz 5 der Bundesbeihilfeverordnung	30 Prozent

(2) Bei Mitgliedern der Gruppe B 1 mit einem Anspruch auf Beihilfe nach landesrechtlichen Vorschriften, auf Zuschüsse für Nicht-KVB-Mitglieder oder auf arbeitsvertraglich oder tarifvertraglich zugesagte Beihilfe ist die Tarifklasse der Prozentsatz, der den Bemessungssatz der dem Mitglied zustehenden Beihilfe bzw. Zuschüsse für die jeweils erstattungsfähigen Aufwendungen auf 100 Prozent ergänzt. Ist eine mitversicherte Person nach den anwendbaren landesrechtlichen Vorschriften nicht in der Beihilfe berücksichtigungsfähig und hat diese auch keinen eigenen Anspruch auf Beihilfe, gilt für deren erstattungsfähige Aufwendungen die Tarifklasse, die im Falle einer Berücksichtigungsfähigkeit nach den landesrechtlichen Vorschriften maßgeblich wäre; § 21 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe c) bleibt unberührt.

III. Mitglieder der Gruppe B 2 und C und gemäß § 19 Absatz 4 mitversicherte Kinder

Bei Mitgliedern der Gruppe B 2 und C und deren mitversicherten Angehörigen sowie bei gemäß § 19 Absatz 4 mitversicherten Kindern beträgt die Tarifklasse

100 Prozent.

IV. Mitglieder der Gruppe B 3

(1) Bei Mitgliedern der Gruppe B 3 und deren mitversicherten Angehörigen beträgt die Tarifklasse 100 Prozent.

(2) Im Umfang eines angenommenen Bemessungssatzes nach § 46 Absatz 1 bis 3 Bundesbeihilfeverordnung gelten für die Leistungen die erstattungsfähigen Höchstsätze aus der Bundesbeihilfeverordnung entsprechend; dies gilt nicht für besondere Höchstsätze, die sich im Einzelfall aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach § 78 Bundesbeamtengesetz ergeben. Die Ermittlung des maßgeblichen Bemessungssatzes erfolgt unter der Annahme, dass das Mitglied entsprechend § 2 Absatz 1 Bundesbeihilfeverordnung einen Anspruch auf Beihilfe hätte und die mitversicherten Angehörigen entsprechend § 4 Bundesbeihilfeverordnung in der Beihilfe berücksichtigungsfähig wären. Insofern entspricht die Beschäftigung im Rahmen eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses einem aktiven Beamtenverhältnis. Der Bezug einer Regelaltersrente oder einer Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung steht einer Gewährung von Versorgungsbezügen gleich.

V. Mitglieder der Gruppe E, die der Leistungsordnung B zugeordnet sind

Bei Mitgliedern der Gruppe E, die gemäß § 20 Absatz 5 der Leistungsordnung B zugeordnet worden sind, beträgt die Tarifklasse 100 Prozent.

VI. Leistungen

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
1	Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (§ 31)	
	1. Mitglieder der Gruppe B1, B2, B3, C und E:	
	a) Ärztliche Leistungen, für die regelmäßig eine Gebühr zwischen dem einfachen und dem 2,3-fachen Gebührensatz bemessen werden darf	1,9-facher Gebührensatz nach der GOÄ ¹
	b) Ärztliche Leistungen, für die regelmäßig eine Gebühr zwischen dem einfachen und dem 1,8-fachen Gebührensatz bemessen werden darf	1,5-facher Gebührensatz nach der GOÄ
	c) Ärztliche Leistungen, für die regelmäßig eine Gebühr zwischen dem einfachen und dem 1,15-fachen Gebührensatz bemessen werden darf	1,15-facher Gebührensatz nach der GOÄ
	d) Ärztliche Leistungen nach § 6 Absatz 1 der GOÄ	entsprechend der Nummer 2 Buchstabe a) und d)
	e) Entschädigungen (Wegegeld und Reiseentschädigungen) nach den §§ 7 bis 9 GOÄ	beihilfefähige Aufwendungen
	f) Auslagen nach § 10 GOÄ	beihilfefähige Aufwendungen
	g) Bei Liquidationen über dem 2,3-fachen des Gebührensatzes für ärztliche Leistungen nach Buchstabe a, über dem 1,8-fachen des Gebührensatzes für ärztliche Leistungen nach Buchstabe b) und über dem 1,15-fachen für ärztliche Leistungen nach Buchstabe c) werden zu den Gebühren über dem 1,9-fachen bzw. 1,5-fachen bzw. 1,15-fachen des Gebührensatzes zusätzliche Leistungen gewährt, wenn Besonderheiten der in § 5 Absatz 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte (2,3-facher bzw. 1,8-facher bzw. 1,15-facher Gebührensatz) rechtfertigen <ul style="list-style-type: none"> - Ärztliche Leistungen, für die regelmäßig eine Gebühr zwischen dem einfachen und dem 2,3-fachen Gebührensatz bemessen werden darf - Ärztliche Leistungen, für die regelmäßig eine Gebühr zwischen dem einfachen und dem 1,8-fachen Gebührensatz bemessen werden darf - Ärztliche Leistungen, für die regelmäßig eine Gebühr zwischen dem einfachen und dem 1,15-fachen Gebührensatz bemessen werden darf 	<p>beihilfefähige Aufwendungen (inklusive der Leistungen nach Buchstabe a) bis insgesamt maximal zum 3,5-fachen Gebührensatz der GOÄ)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (inklusive der Leistungen nach Buchstabe b) bis insgesamt maximal zum 2,5-fachen Gebührensatz der GOÄ)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (inklusive der Leistungen nach Buchstabe c) bis insgesamt maximal zum 1,3-fachen Gebührensatz der GOÄ)</p>
	h) Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend der GOP nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ	entsprechend den Buchstaben a) und b)
	i) Bei Liquidation über dem 2,3-fachen des Gebührensatzes für psychotherapeutische Leistungen	beihilfefähige Aufwendungen (inklusive der Leistungen nach Buchstabe

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
	<p>nach Buchstabe h werden zu den Gebühren über dem 1,9-fachen, bzw. 1,5-fachen des Gebührensatzes für Leistungen auf die Abschnitt A der GOÄ anzuwenden ist, zusätzliche Leistungen gewährt, wenn Besonderheiten der in § 5 Absatz 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung des Schwellenwertes (2,3-facher Gebührensatz, bzw. 1,8-facher Gebührensatz für Leistungen auf die Abschnitt A der GOÄ anzuwenden ist) rechtfertigen</p> <p>2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:</p> <p>a) Ärztliche Leistungen, für die regelmäßig eine Gebühr zwischen dem einfachen und dem 2,3fachen Gebührensatz bemessen werden darf</p> <p>b) Ärztliche Leistungen, für die regelmäßig eine Gebühr zwischen dem einfachen und dem 1,8-fachen Gebührensatz bemessen werden darf</p> <p>c) Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend der GOP nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ</p>	<p>h) bis insgesamt maximal zum 3,5-fachen Gebührensatz der GOÄ, bzw. soweit Abschnitt A der GOÄ auf die Leistungen anzuwenden ist, bis insgesamt maximal zum 2,5-fachen)</p> <p>2,3-facher Gebührensatz nach der GOÄ</p> <p>1,8-facher Gebührensatz nach der GOÄ</p> <p>2,3-facher Gebührensatz nach der GOÄ</p>
1a	<p>Leistungen von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern (§ 31a)</p> <p>1. Mitglieder der Gruppe B1, B2, B3, C und E:</p> <p>Leistungen durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker</p> <p>2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:</p> <p>Leistungen durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker</p>	<p>90 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen</p>
2	<p>Zahnärztliche Leistungen (§ 32)</p> <p>a) Zahnärztliche Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis der GOZ (ohne Leistungen auf Verlangen/Anforderung)</p> <p>b) Zahnärztliche Leistungen für die dem Zahnarzt zur Behandlung geöffneten Gebührensätze bzw. Abschnitte des Gebührenverzeichnisses der GOÄ</p> <p>c) Wegegeld (Wegegeld oder Reiseentschädigung) nach § 8 GOZ</p> <p>d) gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Absatz 3 und § 9 der GOZ</p> <p>– bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummern 2130 bis 2320, 5000 bis</p>	<p>beihilfefähige Aufwendungen (2,3facher bzw. bei Besonderheiten der im § 5 Absatz 2 GOZ genannten Bemessungskriterien 3,5facher Gebührensatz der GOZ)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (1,8facher bzw. 2,3facher oder bei Besonderheiten der im § 5 Absatz 2 GOÄ genannten Bemessungskriterien 2,5facher bzw. 3,5facher Gebührensatz der GOÄ)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (100 Prozent für Auslagen, Material- und Laborkosten)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (60 Prozent für Auslagen, Material-</p>

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
	5340, 7080 bis 7100 und 9000 bis 9170 des Gebührenverzeichnisses der GOZ (mit Ausnahme der Indikationen gemäß § 32 Absatz 6 Buchstabe a) bis d)) e) Weiterbehandlung über den Regelfall eines vierjährigen Zeitraums hinaus nach § 32 Absatz 3	und Laborkosten) beihilfefähige Aufwendungen (je Jahr der Weiterbehandlung 25 Prozent der Aufwendungen für die kieferorthopädischen Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 des Gebührenverzeichnisses der GOZ)
3	Arznei- und Verbandmittel (§ 33) a) Arzneimittel, Medizinprodukte, Verbandmittel und Harn- und Blutteststreifen b) Enterale Ernährung c) Botendienstzuschläge	 beihilfefähige Aufwendungen abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen (höchstens 2,50 € zuzüglich Umsatzsteuer je Lieferort und Tag)
4	Heilmittel, Rehabilitationssport und Funktions- training (§ 34) a) Heilmittel (z. B. Physiotherapie wie Krankengymnastik und Massage, Ergotherapie, Sprachtherapie, medizinische Fußpflege) b) Heilmittel im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung c) Rehabilitationssport und Funktionstraining	 beihilfefähige Aufwendungen (Höchstbeträge nach Anlage 9 zu § 23 der Bundesbeihilfeverordnung) beihilfefähige Aufwendungen (Höchstbeträge nach Buchstabe a) oder bis zu 10,50 € je Tag) beihilfefähige Aufwendungen
5	Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke (§ 35) Anschaffung, Miete, Reparatur und Instandsetzung, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung von – Hilfsmitteln (z.B. Rollatoren, Rollstühle, Krankenpflegebetten, Sehhilfen), – Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle (z.B. Insulinpumpen, Inhalationsgeräte), – Körperersatzstücken (z.B. Bein-, Arm- und Augenprothesen, Perücken), sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände	beihilfefähige Aufwendungen unter Berücksichtigung – der maßgeblichen Höchstbeträge nach § 35 Absatz 7 und 8 und – der Höchstbeträge nach der Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 BBhV; diese bestehen insbesondere bei – Hörgeräten in Höhe von 1.500,00 € je Ohr – Perücken in Höhe von 512,00 €, – Elektroscootern in Höhe von 2.500,00 € und – Sehhilfen in folgender Höhe: für ein Einstärkenglas bis +/-6 Dioptrien (dpt): - sphärisches Glas 31,00 € - zylindrisches Glas 41,00 €, für ein Mehrstärkenglas bis +/-6 Dioptrien (dpt): - sphärisches Glas 72,00 € - zylindrisches Glas 92,50 €,

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
		<p>zuzüglich 21,00 € je Glas bei Gläsern mit Gläserstärken über +/-6 Dioptrien (dpt),</p> <p>zuzüglich 21,00 € je Glas für Dreistufen- oder Multifokalgläser,</p> <p>zuzüglich 21,00 € je Glas für Gläser mit prismatischer Wirkung,</p> <p>zuzüglich 21,00 € je Glas für Kunststoffgläser und hochbrechende mineralische Gläser (Leichtgläser), sofern die genannten Indikationen vorliegen,</p> <p>zuzüglich 11,00 € je Glas für Lichtschutzgläser oder fototrope Gläser, sofern die genannten Indikationen vorliegen</p> <p>für Kurzzeitlinsen für sphärische Kontaktlinsen, höchstens 154,00 € im Kalenderjahr</p> <p>für Kurzzeitlinsen für torische Kontaktlinsen, höchstens 230,00 € im Kalenderjahr</p> <p>für die Fassung einer Schulsportbrille höchstens 52,00 € (bei Vollzeitschulpflicht, wenn Schulsportbrille für die Teilnahme am Schulsport erforderlich ist)</p> <p>Refraktionsbestimmung durch eine Augenoptikerin oder einen Augenoptiker bis zu 13,00 €</p> <p>abzüglich der</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigenbehalte nach § 30b und - Eigenanteile nach § 35 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3
5a	Digitale Gesundheitsanwendungen (§ 35a) Digitale Gesundheitsanwendungen	beihilfefähige Aufwendungen
6	Erste Hilfe, Entseuchung, Organspende und Kommunikationshilfe (§ 36)	
	a) Erste Hilfe	beihilfefähige Aufwendungen
	b) Entseuchung	beihilfefähige Aufwendungen
	c) Organtransplantation	
	1. Mitglieder der Gruppe B1, B2, B3 und C:	
	- Organspenden	entsprechend den Nummern 1, 3, 4a, 7 unter Ziffer 1, 8a, 9 und 10
	- Registrierung für die Suche im Zentralen Knochenmarkspender-Register	beihilfefähige Aufwendungen
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	- Organspenden	entsprechend den Nummern 1 unter Ziffer

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
		2 Buchstabe a) und b) und 7 unter Ziffer 2
	d) Kommunikationshilfe	beihilfefähige Aufwendungen
7	Krankenhausleistungen (§ 37)	
	1. Mitglieder der Gruppe B1, B2, B3 und C:	
	a) allgemeine Krankenhausleistungen für vollstationäre und teilstationäre Untersuchungen und Behandlungen in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern	beihilfefähige Aufwendungen (Aufwendungen nach §§ 7 und 8 Krankenhausentgeltgesetz bzw. §§ 7 und 8 Bundespflegegesetzverordnung) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
	b) allgemeine Krankenhausleistungen für vollstationäre und teilstationäre Untersuchungen und Behandlungen in sonstigen Krankenhäusern	beihilfefähige Aufwendungen (bis zu den Höchstbeträgen in § 37 Absatz 3) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
	c) gesondert berechnete Kosten für die medizinisch notwendige Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson	beihilfefähige Aufwendungen (eine Erstattung von Kosten für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahme tage sind, ist ausgeschlossen)
	d) gesondert berechnete Entgelte für belegärztliche Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a), b), c), d), f) und g)
	e) gesondert berechnete Entgelte für wahlärztliche Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a), b), c), d), f) und g)
	f) vor- und nachstationäre Untersuchungen und Behandlungen in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern	Vergütung nach § 115a Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
	g) ambulantes Operieren und andere stationäresetzende Eingriffe in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a), b), c), d), f) und g) oder Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung
	h) ambulante spezialärztliche Versorgung in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern	Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung
	i) stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen im häuslichen Umfeld gemäß § 115d des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch	Vergütung nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz
	j) Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus	beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe der Vergütung nach der für das jeweilige Bundesland nach § 132m Fünftes Buch Sozialgesetzbuch geschlossenen Vereinbarung) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	a) gesondert berechnete Entgelte für belegärztliche Leistungen und wahlärztliche Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a) und b)
	b) gesondert berechnete Unterkunft nach § 17 Krankenhausentgeltgesetz oder nach § 16 Satz 2 Bundespflegegesetzverordnung bei Untersuchungen und Behandlungen in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern	beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich)
	c) gesondert berechnete Unterkunft bei Untersuchungen und Behandlungen in sonstigen Krankenhäusern im Sinne von § 107 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch	beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich)

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
8	Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 38)	
	a) vorübergehende häusliche Krankenpflege (z. B. Verbände anlegen, waschen, kochen)	beihilfefähige Aufwendungen unter Maßgabe einer Vereinbarung, die regelmäßig ab 20.000,- € monatlich zwischen PBeaKK und Leistungserbringer zu treffen ist, abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
	b) vorübergehende häusliche Krankenpflege durch nahe Angehörige	beihilfefähige Aufwendungen (Fahrtkosten der bzw. des nahen Angehörigen und eine an diese/n gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b)
	c) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 38 Absatz 6	beihilfefähige Aufwendungen (bis zum kalenderjährlichen Höchstbetrag nach § 42 Absatz 2 Satz 2 Sozialgesetzbuch Elftes Buch)
	d) Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden	beihilfefähige Aufwendungen
8a	Außerklinische Intensivpflege (§ 38a)	
	Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	beihilfefähige Aufwendungen unter Maßgabe einer Vereinbarung, die regelmäßig ab 20.000,- € monatlich zwischen PBeaKK und Leistungserbringer zu treffen ist
8b	Familien- und Haushaltshilfe (§ 38b)	
	a) Familien- und Haushaltshilfe	beihilfefähige Aufwendungen (pro Stunde bis zur Höhe des 1,17-fachen Betrages des sich aus § 1 Absatz 2 Mindestlohngesetz ergebenden Mindestlohns, aufgerundet auf volle Euro-Beträge); abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
	b) Fahrtkosten im Rahmen der Familien- und Haushaltshilfe	beihilfefähige Aufwendungen (Kosten der niedrigsten Klasse öffentlicher Verkehrsmittel; bei Benutzung privater PKW Entschädigung nach § 5 Absatz 1 Satz 2 Bundesreisekostengesetz) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
	c) Familien- und Haushaltshilfe durch nahe Angehörige	beihilfefähige Aufwendungen (Fahrtkosten der bzw. des nahen Angehörigen und eine an diese/n gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der Familien- und Haushaltshilfe ausgefallenen Arbeitseinkünfte) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
8c	Palliativversorgung (§ 38c)	
	Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Sinne des § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37 Absatz 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Aufwendungen bei stationärer, teilstationärer oder ambulanter Versorgung in Hospizen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch	beihilfefähige Aufwendungen, jedoch höchstens bis zur Höhe des Betrags, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
8d	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 38d) Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.	beihilfefähige Aufwendungen (Vergütungspauschale entsprechend § 15 der Bundesvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband mit den Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung vom 13. Dezember 2017 in Verbindung mit den Vergütungsvereinbarungen der jeweiligen Träger der Einrichtungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen)
9	Fahrtkosten (§ 39) a) Rettungsfahrten und -flüge sowie Fahrten mit einem Krankentransportwagen b) Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln c) Fahrten mit privaten Kraftfahrzeugen d) Fahrten mit einem Taxi	beihilfefähige Aufwendungen (nach dem jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechnete Beträge; sind keine Beträge bestimmt, gilt § 6 Absatz 3, Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 der BBhV) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen (Kosten in Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse öffentlicher Verkehrsmittel) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen (Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes, abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b; bei gemeinsamer Fahrt einer versicherten Person mit weiteren versicherten Personen sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal erstattungsfähig) beihilfefähige Aufwendungen (Kosten bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
10	Unterkunftskosten (§ 40) a) Unterkunftskosten bei auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen b) Unterkunftskosten (bei Pauschalen ggf. inkl. Verpflegungsanteil) von Heilmitteln im Rahmen einer stationären Behandlung	beihilfefähige Aufwendungen (bis 150 Prozent des Betrags nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes ²) beihilfefähige Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren bei krankheitsbedingter Unterbrechung oder sonstiger Abwesenheit bis zu 20 Tagen insgesamt bis zu 5,50 € je Tag)
11	Soziotherapie (§ 41) Soziotherapie	beihilfefähige Aufwendungen abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
12	Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen (§ 42) a) Komplextherapie	beihilfefähige Aufwendungen

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
	b) ambulante sozialpädiatrische Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren	beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Vergütung des Einrichtungsträgers mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit einem Sozialversicherungsträger)
	c) Integrierte Versorgung – in den Fällen, in denen eine Vereinbarung zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer besteht – in den übrigen Fällen	Vereinbarte Pauschalvergütung beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Pauschalvergütung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit einem Beihilfeträger oder die Pauschalvergütung aus einem Vertrag zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
	d) Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen	beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Vergütung des Einrichtungsträgers mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit einem Sozialversicherungsträger)
	e) sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen	beihilfefähige Aufwendungen
13	Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)	
	1. Mitglieder der Gruppen B1, B2, B3 und C:	
	a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1
	b) Arznei- und Verbandmittel	entsprechend der Nummer 3
	c) Heilmittel	entsprechend der Nummer 4 Buchstabe a)
	d) Unterkunft, Verpflegung und Pflege für Versicherte bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), e) und f)	niedrigster Satz der stationären Rehabilitationseinrichtung abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
	Unterkunft, Verpflegung und Pflege für Versicherte bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe c)	niedrigster Satz der stationären Rehabilitationseinrichtung
	e) Unterkunft und Verpflegung für eine Begleitperson bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) und f)	niedrigster Satz der stationären Rehabilitationseinrichtung
	f) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel, Heilmittel sowie Unterkunft, Verpflegung und Pflege bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) und f) in den Fällen des § 43 Absatz 7	niedrigster pauschaler Tagespflegesatz

Nummer 1	Art der Verrichtungen, Leistungen usw. 2	Erstattungsfähige Höchstsätze 3
	g) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel und Heilmittel bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) in den Fällen des § 43 Absatz 7	niedrigster pauschaler Tagessatz
	h) Anschlussheilbehandlung oder Suchtbehandlung nach § 43 Absatz 8	beihilfefähige Aufwendungen (bis zu den Höchstbeträgen nach § 37 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe b)
	i) Familien- und Haushaltshilfe	entsprechend der Nummer 8b
	j) Hin- und Rückfahrt <ul style="list-style-type: none"> - mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln - mit privaten Kraftfahrzeugen - mit einem Taxi - mit einem Krankentransportwagen - mit dem Fahrdienst der Rehabilitationseinrichtung 	tatsächliche Kosten bis zur niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck; bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a) bis c) insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme und bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt; 0,20 € je Entfernungskilometer insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme; bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt; entsprechend der Nummer 9 Buchstabe d) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b; bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt; entsprechend der Nummer 9 Buchstabe a) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b bei ambulanten Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe e) und f) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt
	k) ärztlicher Schlussbericht bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e) und f)	beihilfefähige Aufwendungen
	l) Verdienstaussfall einer Begleitperson	beihilfefähige Aufwendungen
	m) Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson	beihilfefähige Aufwendungen
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a) bis c)

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
14	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 44)	
	1. Mitglieder der Gruppen B1, B2, B3 und C:	
	a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1
	b) Arznei- und Verbandmittel	entsprechend der Nummer 3
	c) Heilmittel	entsprechend der Nummer 4 Buchstabe a)
	d) Unterkunft und Verpflegung für Versicherte für höchstens 21 Tage	beihilfefähige Aufwendungen (bis zu 16,- € je Tag)
	e) Unterkunft und Verpflegung für eine Begleitperson für höchstens 21 Tage	beihilfefähige Aufwendungen (bis zu 13,- € je Tag)
	f) Hin- und Rückfahrt <ul style="list-style-type: none"> – mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln – mit privaten Kraftfahrzeugen – mit einem Taxi – mit einem Krankentransportwagen 	<p>tatsächliche Kosten bis zur niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck; insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme</p> <p>0,20 € je Entfernungskilometer insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme</p> <p>entsprechend der Nummer 9 Buchstabe d) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b</p> <p>entsprechend der Nummer 9 Buchstabe a) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b</p>
	g) ärztlicher Schlussbericht	beihilfefähige Aufwendungen
	h) Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson	beihilfefähige Aufwendungen
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a) bis c)

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
15	<p>Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 45 Absatz 1, 2 und 4)</p> <p>1. Mitglieder der Gruppen B1, B2, B3 und C:</p> <p>a) Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Frauen und Männern</p> <p>b) Prophylaktische zahnärztliche Leistungen (z.B. Professionelle Zahnreinigung)</p> <p>c) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko nach Nummer 1 der Anlage 14 zu § 41 der Bundesbeihilfverordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genanalyse bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) nach Nummer 2 der Anlage 14 zu § 41 der Bundesbeihilfverordnung - Genanalyse bei einer ratsuchenden gesunden Person hinsichtlich der mutierten Gensequenz nach Nummer 2 der Anlage 14 zu § 41 der Bundesbeihilfverordnung - Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm nach Nummer 3 der Anlage 14 zu § 41 der Bundesbeihilfverordnung <p>d) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko nach Nummer 1 der Anlage 14a zu § 41 der Bundesbeihilfverordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumorgewebsdiagnostik nach Nummer 2 der Anlage 14a zu § 41 der Bundesbeihilfverordnung - Genetische Analyse nach Nummer 3 der Anlage 14a zu § 41 der Bundesbeihilfverordnung bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) - Testung weiterer Angehöriger (prädiktiv oder diagnostisch) nach Nummer 3 der Anlage 14a zu § 41 der Bundesbeihilfverordnung - Früherkennungsmaßnahmen für eine jährliche endoskopische Untersuchung des Magendarmtraktes einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien unter der Voraussetzung, dass ein Lynch- oder ein Polyposis-Syndrom vorliegt 	<p>entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a) bis g)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (2,3facher bzw. bei Besonderheiten der im § 5 Absatz 2 GOZ genannten Bemessungskriterien 3,5facher Gebührensatz der GOZ)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 900,00 € pro Familie)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 4500,00 €)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 250,00 €)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (580,00 € jährlich)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 600,00 € pro Familie, jede weitere Beratung einer Person 300,00 €)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 500,00 €)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 3500,00 €)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 350,00 €)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (jährlich 540,00 €)</p>

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
	e) Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz	beihilfefähige Aufwendungen
	f) Aufwendungen für Fluoridierungsmittel und Vitamin-D-Präparate	beihilfefähige Aufwendungen
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Frauen und Männern	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a) und b)
16	Schutzimpfungen (§ 45 Absatz 3)	
	1. Mitglieder der Gruppen B1, B2, B3 und C:	
	Schutzimpfungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	Schutzimpfungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a) und b)
17	Schwangerschaft und Geburt (§ 46)	
	1. Mitglieder der Gruppe B1, B2, B3 und C:	
	a) Ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a) bis g)
	b) Aufwendungen nach den §§ 31-39	entsprechend den Nummern 1 unter Ziffer 1, 2, 3, 4a, 5, 7 unter Ziffer 1, 8a und 9
	c) Hebammen und Entbindungspfleger	beihilfefähige Aufwendungen (nach der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung berechnete Vergütung)
	d) Haus- und Wochenpflegekraft	beihilfefähige Aufwendungen bzw. entsprechend der Nummer 8 Buchstabe b)
	e) von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a SGB V	beihilfefähige Aufwendungen
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	a) Schwangerschaftsüberwachung	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a) und b)
	b) Aufwendungen nach den §§ 31-39	entsprechend den Nummern 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a) und b) und 7 unter Ziffer 2
18	Leistungen zur künstlichen Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (§ 47)	
	1. Mitglieder der Gruppe B1, B2, B3 und C:	
	a) künstliche Befruchtung	beihilfefähige Aufwendungen
	b) Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	entsprechend den Nummern 1 a) bis g), 3, 4a, 7, 8a, 9 und 10

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
	c) Aufwendungen für die Kryokonservierung von Spermazellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nach vorheriger Zustimmung	beihilfefähige Aufwendungen
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a) und b)

Endnoten der Leistungsordnung B:

¹ GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

² Stand 01.09.2005: 30,00 € je Übernachtung