



RATGEBER

MEDIZINISCHE VORSORGE & REHABILITATION



700/04



MEDIZINISCHE VORSORGE UND REHABILITATION

Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren)
Sanatoriumsbehandlung
Stationäre Heilbehandlung
Anschlussheilbehandlung (AHB)

Stand: August 2014



Bildungs- und Förderungswerk der EVG e.V.

Impressum

Herausgeber:

Bildungs- und Förderungswerk der EVG e.V.

Weilburger Straße 24, 60326 Frankfurt am Main

www.bfw-evg.de; e-mail: info@bfw-evg.de

Alle Rechte vorbehalten - Nachdruck auch auszugsweise, nicht erlaubt.

Gestaltung:

creadicto Text - Sprache - Gestaltung GmbH & Co. KG

www.creadicto.de; e-mail: wunsch@creadicto.de

Copyright 2014 by:

Bildungs- und Förderungswerk der EVG e.V.

Weilburger Straße 24, 60326 Frankfurt am Main

www.bfw-evg.de; e-mail: info@bfw-evg.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Gesundheit ist das höchste Gut. Erst wenn es mit der Gesundheit mal nicht so klappt macht man oft leidvolle Erfahrungen. Niemand ist vor einem folgenschweren Schicksalsschlag gefeit. Sehr schnell kann so etwas für den Betroffenen scheinbar unlösbare Fragen und Probleme aufwerfen. Welche Hilfen sind nach einem schweren Unfall zu erwarten? Wie geht's weiter, wenn eine chronische Krankheit die Ausübung meines Berufes gefährdet?



Was kann ich tun, wenn Erwerbsunfähigkeit droht oder meine Krankheit mich beruflich stark einschränkt? In all diesen Fällen haben Versicherte Anspruch auf Hilfe durch Rehabilitation.

Aber auch vorbeugender Gesundheitsschutz, Prävention, ist wichtig um eine Beeinträchtigung meiner Gesundheit vorzubeugen. Damit können ernsthafte Erkrankungen vorgebeugt werden oder Verschlechterungen bereits bestehender Krankheiten vermieden werden.

Der vor Euch liegende Ratgeber möchte eine aktive Hilfestellung sein. Eure EVG will bestehende Möglichkeiten zur Gewährung medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen aufzeigen und Tipps zur stationären Heilbehandlung sowie der Anschlussheilbehandlung geben.

Wir möchten Euch Antworten auf die wichtigsten Fragen geben und ein guter Ratgeber sein. Viel Spaß beim Blättern.

Eure



Regina Rusch-Ziemba

INHALTSVERZEICHNIS

ALLGEMEINES FÜR ALLE VERSICHERUNGSTRÄGER

(KVB, Renten- und Krankenversicherung)

Ziele von Rehabilitationsmaßnahmen und stationären Heilbehandlungen	9
Verschiedene Begriffe	9
Wer ist zuständiger Träger für eine Heilmaßnahme? – also: Wer trägt die Kosten?	10
Antragstellung durch den Versicherten	10
Ärztliche Begutachtung	12
Bewilligung	12
Aufgaben des Versicherten nach der Bewilligung	12
Heilmaßnahmen im Ausland?	13
Rechtsmittel gegen die Ablehnung einer Heilmaßnahme	13
Erholungsaufenthalte der Stiftung Bahn-Sozialwerk (BSW)	13

LEISTUNGEN DER RENTEN- UND KRANKENVERSICHERUNG FÜR ARBEITER, ANGESTELLTE UND RENTNER

Persönliche medizinische Voraussetzungen in der Rentenversicherung	15
Persönliche versicherungsrechtliche Voraussetzungen in der Rentenversicherung	15
Einschränkungen in der Rentenversicherung / Wiederholungsfrist	17
Voraussetzungen in der Krankenversicherung	18
Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen	21
Zuzahlung bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen	21
Einkommenssicherung während der Rehabilitationsmaßnahme	22
Begleitperson	22
Fahrtkosten	23

WAS TUN, WENN DIE REHABILITATION NICHT HILFT?

Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente	24
Teilweise oder volle Erwerbsminderung?	24
Rente auf Zeit oder unbefristet	25
Rentenhöhe bei Erwerbsminderung	25
Zurechnungszeit	25
Abschläge	25
Antrag	25
Entziehung der Rente	25

LEISTUNGEN FÜR VERSICHERTE DER KVB UND DIE MITVERSICHERTEN ANGEHÖRIGEN

*sowie fürsorgeberechtigte Beamte, Ruhestandsbeamte und Hinterbliebene des
Bundeseisenbahnvermögens, der KBS und der Eisenbahn-Unfallkasse*

Rechtsgrundlagen	27
Welche Gesundheitsmaßnahmen gibt es für die bei der KVB Anspruchsberechtigten?	27
Berechtigte	28
Besonderheiten zu den Anspruchsberechtigten	28
Medizinische Voraussetzungen	29
Dauer der Heilmaßnahme	29
Bewilligung	30
Abrechnung für Sanatoriumsbehandlungen mit Einweisung durch die KVB-HV	31
Wichtige Hinweise zur Vermeidung finanzieller Nachteile	31
Begleitperson	32
Heilmaßnahmen ohne Einweisung durch die KVB-HV, Abt. Reha, (eigene Wahl)	33
Heilkur	34
Einkommenssicherung während der Heilmaßnahme	34
Beförderungskosten (Fahr- und Gepäckkosten)	34
Wiederholungsfrist	35
Vorrang von Ansprüchen gegenüber anderen Leistungsträgern	36
„Offene Badekur“	36
Wo kann ich weitere Auskünfte und Informationen über Rehabilitationsmaßnahmen durch die KVB erhalten?	37

ANHANG

Kliniken ausgewählter Versicherungsträger	39
Behandlungsschwerpunkte der einzelnen Kliniken	39
Anschriften der Kostenträger	41
Regionaldirektionen der KBS	43
Anschriften der Kliniken der Versicherungsträger	44
Anschriften der ServicePunkte der BAHN-BKK	46
Anschriften der Stiftung BSW	47
Versichertensprecher	48

ALLGEMEINES FÜR ALLE VERSICHERUNGSTRÄGER

(KVB, RENTEN- UND KRANKENVERSICHERUNG)

Wir erläutern in diesem Abschnitt zunächst die allgemeinen Regelungen, die für alle Versicherungsträger gelten. In den dann folgenden zwei Abschnitten gehen wir – wegen der bestehenden Unterschiede – gesondert auf die Leistungen für Arbeiter/Angestellte/Rentner einerseits und auf die Leistungen für Anspruchsberechtigte bei der KVB andererseits ein.

- ◇ Ziele von Rehabilitationsmaßnahmen und stationären Heilbehandlungen
- ◇ Verschiedene Begriffe
- ◇ Wer ist zuständiger Träger für eine Heilmaßnahme? – also: Wer trägt die Kosten?
- ◇ Antragstellung durch den Versicherten
- ◇ Ärztliche Begutachtung
- ◇ Bewilligung
- ◇ Aufgaben des Versicherten nach der Bewilligung
- ◇ Heilmaßnahmen im Ausland?
- ◇ Rechtsmittel gegen die Ablehnung einer Heilmaßnahme
- ◇ Erholungsaufenthalte der Stiftung Bahn-Sozialwerk (BSW)





Ziele von Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren) und stationären Heilbehandlungen

Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Heilbehandlungen und Anschlussheilbehandlungen (AHB) sind medizinische Behandlungsformen, die einen festen Platz im gesundheitlichen Versorgungssystem Deutschlands haben. Sie werden angewandt, wenn im Hinblick auf den individuellen Krankheitszustand die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort nicht ausreichen oder durch eine besondere Behandlungsform unterstützt werden sollen. Ein wesentliches Merkmal der hier in Rede stehenden Heilmaßnahmen ist die Konzentration der Behandlung im Zusammenwirken mit begleitenden Maßnahmen wie zum Beispiel einer gesundheitlichen Aufklärung. Bei einer Reihe von Krankheiten sind die klimatischen Verhältnisse bedeutsam und spielen bei der Auswahl des Kurortes eine Rolle. Auch soll der Patient oft bewusst aus seinem

häuslichen bzw. beruflichen Umfeld, also aus seinem „Alltagstrott“, herausgenommen werden, um in einer Atmosphäre der Ruhe, der Belastungsfreiheit und der Konzentration auf die Heilbehandlung einen besseren Heilerfolg erzielen zu können.

Die Reha-Maßnahme bzw. Heilbehandlung kann eine notwendige Krankenhausbehandlung nicht ersetzen. Die Behandlungsformen sind nicht identisch. In Krankenhäusern liegt der Schwerpunkt auf der Akut- und Intensivbehandlung. Reha-Kliniken dagegen haben in erster Linie rehabilitative Aufgaben. Sie ergänzen und unterstützen die ambulante Behandlung oder die Krankenhausbehandlung.

Verschiedene Begriffe

Zu den medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gehören ambulante und stationäre Heilbehandlungen. Im Beamtenrecht spricht man von Heilkuren und

Sanatoriumsbehandlungen. Eine besondere Form ist die Anschlussheilbehandlung (AHB). Ziel der AHB ist es, dem Patienten nach Abschluss einer Akutbehandlung im Krankenhaus (z.B. nach Herzinfarkt oder bestimmten Operationen) unverzüglich die Teilnahme an einer Reha-Maßnahme zu ermöglichen und die im Krankenhaus begonnene Mobilisierung fortzuführen.

Wer ist zuständiger Träger für eine Heilmaßnahme? – also: Wer trägt die Kosten?

An welche Stelle der Antrag für eine Heilbehandlung zu richten ist, richtet sich nach dem Status des Antragstellers bzw. des Patienten. Im Regelfall ist bei Arbeitnehmern (Arbeiter/Angestellte) die Rentenversicherung oder nachrangig die Krankenversicherung zuständig. Ein großer Teil der Arbeitnehmer der Bahn ist bei der DRV Knappschaft-Bahn-See (KBS) rentenversichert und bei der BAHN-BKK krankenversichert. Deshalb sind im Antrag die wichtigen Kontaktdaten dieser

Versicherungsträger aufgeführt. Bei Rentnern ist in aller Regel die Krankenkasse der zuständige Träger. Für die Versicherten und die mitversicherten Angehörigen der KVB sowie für fürsorgeberechtigte Beamte, Ruhestandsbeamte und Hinterbliebene des Bundeseisenbahnvermögens, der DRV KBS und der Eisenbahn-Unfallkasse ist die KVB-Hauptverwaltung, Abteilung Rehabilitation in Frankfurt am Main, zuständig. In bestimmten Fällen können noch andere Trägereinrichtungen für die Gewährung von Heilbehandlungen zuständig sein. Ist die Heilmaßnahme als Folge eines Arbeits- oder Dienstunfalles erforderlich, so kann die Eisenbahn-Unfallkasse (EUK) in Frankfurt am Main oder die Beamtenunfallfürsorge in Berlin zuständig sein. Als Folge einer Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung gewährt das Versorgungsamt die Heilmaßnahme.

Antragstellung durch den Versicherten

Der Antrag auf eine Heilmaßnahme ist vom Versicherten zu stellen. Eine Heilmaßnahme



kann zwar vom behandelnden Arzt bzw. Krankenhaus als notwendig bescheinigt oder vom Betriebs-/Vertrauensarzt bzw. der Krankenkasse empfohlen werden, eigenverantwortlicher Antragsteller bleibt immer der Versicherte. Ohne seinen Willen, eine Heilmaßnahme beantragen zu wollen, wird keine Maßnahme gewährt bzw. werden keine Kosten übernommen. In besonderen Fällen kann aber eine Reha-Antragstellung unter die Mitwirkungspflichten fallen (§§ 60 ff Sozialgesetzbuch I). Heilmaßnahmen können von der KVB-HV, der Renten- und der Krankenversicherung bewilligt werden. Für jeden Kostenträger gelten eigene Vorschriften und jeder Kostenträger hat einen eigenen Antrag. Der Antragsteller muss selbst entscheiden, an wen er den Antrag zu richten hat.

Für die Beantragung werden

- ◆ Arbeitnehmer, die eine Reha-Maßnahme benötigen, weil ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist, ihren Antrag an ihre Rentenversi-

cherung richten und den entsprechenden Vordruck (z.B. G100 = Standardantrag, bundesweit gelten die G-Anträge der DRV Bund) zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht verwenden,

- ◆ Rentner und Angehörige den Antrag an ihre Krankenkasse richten,

- ◆ Versicherte der KVB für sich und ihre mitversicherten Angehörigen sowie die fürsorgeberechtigten Beamten, Ruhestandsbeamten und Hinterbliebenen des Bundeseseisenbahnvermögens, der DRV KBS und der Eisenbahn-Unfallkasse den Vordruck der KVB mit der Bezeichnung 104 71 „Rehabilitationsantrag“ verwenden.

Der Antragsteller füllt das Antragsformular aus, fügt vorhandene Befundberichte bzw. ein Attest des behandelnden Arztes bei und reicht den Antrag, wie bei dem für ihn zuständigen Kostenträger vorgesehen, ein.

Es empfiehlt sich grundsätzlich, dem Antrag auf eine Heilmaßnahme einen Be-



fundbericht des behandelnden Arztes oder Krankenhauses beizufügen, in dem möglichst ausführlich das Krankheitsbild beschrieben und die Notwendigkeit einer Heilmaßnahme bestätigt wird. Selbstverständlich unterliegen alle beteiligten Stellen der gesetzlichen Schweigepflicht. Lediglich der Medizinische Dienst, die Bewilligungsstelle sowie die Behandlungsstätte haben das Recht, Einsicht in diese Unterlagen zu nehmen. Bei Anschlussheilbehandlungen (AHB) wird der Antrag mit dem Befundbericht des Krankenhauses unmittelbar an die

- ◆ KVB-HV, Abteilung Rehabilitation, in Frankfurt am Main
 - ◆ Krankenkasse, zuständige Stelle/ Abteilung für AHB
 - ◆ Rentenversicherung, Dienststelle oder Regionaldirektion, bei der das Rentenkonto des Versicherten geführt wird
- gesandt (Anschriften der KVB und einschlägigen SV-Träger im Anhang).

Ärztliche Begutachtung

Bevor eine Heilmaßnahme durch einen Sozialversicherungsträger oder die KVB-HV, Abteilung Rehabilitation, gewährt wird, ist grundsätzlich eine Überprüfung der Notwendigkeit der Heilmaßnahme durch einen ärztlichen Gutachter vorgesehen. In bestimmten Fällen kann auf die Erstellung eines Gutachtens verzichtet werden, z.B. wenn sich der Patient noch im Kranken-

haus befindet; in diesen Fällen wird der ärztliche Bericht des Krankenhauses wie ein Gutachten behandelt.

Bewilligung

Der Antrag wird unter Berücksichtigung der medizinischen Unterlagen von dem Kostenträger geprüft, an den der Antrag gerichtet ist.

Im Falle der Bewilligung erhält der Antragsteller einen Bewilligungsbescheid. Daraus geht in der Regel auch hervor, welche Klinik an welchem Ort für die Behandlung vorgesehen ist. Außerdem enthält der Bewilligungsbescheid Hinweise zu den Kostenregelungen, zur Dauer der Heilmaßnahme und zu der zu erwartenden Zuzahlung bzw. Eigenbeteiligung des Patienten.

Aufgaben des Versicherten nach der Bewilligung

Der Antragsteller muss, soweit er aktiver Beschäftigter ist, nach Erhalt des Bewilligungsbescheides unverzüglich das Personalbüro seiner Dienststelle/Beschäftigungsstelle über die Gewährung der Heilmaßnahme verständigen.

Der tatsächliche Termin für den Beginn der Heilmaßnahme wird dem Versicherten von der Klinik mitgeteilt. Zwischen der Bewilligung und dem Aufnahmetermin kann ggf.

ein längerer Zeitraum liegen, der von der Kapazität und der Inanspruchnahme der Klinik abhängt. Der Versicherte erhält von der Klinik Hinweise über Anreisemöglichkeiten, mitzubringende Gegenstände und Unterlagen sowie über Abläufe und Verhaltensnormen während der Heilmaßnahme.

Der aktive Mitarbeiter teilt seiner Dienststelle/Beschäftigungsstelle den Aufnahmetermin unverzüglich mit, damit seine Vertretung geregelt werden kann.

Heilmaßnahmen im Ausland?

Reha-Maßnahmen können in der Regel nur im Inland gewährt werden. Nur in bestimmten Fällen ist eine Durchführung innerhalb der Europäischen Union zulässig, z.B. wenn eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Behandlung im Inland nicht möglich ist. Im Einzelfall gibt der zuständige Kostenträger Auskunft.

Rechtsmittel gegen die Ablehnung einer Heilmaßnahme

Lehnt der zuständige Kostenträger die Gewährung einer Heilmaßnahme ab, so wird hierüber ein formeller Bescheid erteilt. Der Bescheid enthält eine „Rechtsbehelfsbelehrung“, also eine Erläuterung, welche rechtlichen Schritte gegen die Entscheidung möglich sind. Der Antragsteller hat die Möglichkeit, innerhalb eines Monats nach

Zustellung/Bekanntgabe des Ablehnungsbescheides schriftlich Widerspruch bzw. Beschwerde (KVB) gegen diese Entscheidung einzulegen. Der Widerspruch bzw. die Beschwerde sollte hinreichend begründet werden. Wenn möglich sollten Atteste bzw. Befundberichte beigelegt werden, die zur Sachaufklärung beitragen oder dem Kostenträger bisher noch nicht bekannte oder noch nicht berücksichtigte Gesichtspunkte darlegen. Der Antragsteller sollte vor Einlegen eines Widerspruches bzw. einer Beschwerde mit seinem behandelnden Arzt sprechen.

Mitgliedern der EVG steht in begründeten Fällen nicht nur die Hilfe der Vertrauenspersonen, sondern auch der Rechtsschutz nach der EVG-Satzung zur Verfügung. Mitglieder wenden sich im Bedarfsfall an die Organisationsstellen der EVG.

Erholungsaufenthalte der Stiftung Bahn-Sozialwerk (BSW)

Wenn eine Heilmaßnahme abgelehnt wurde, könnte eine Erholungsmaßnahme in einer Einrichtung des BSW in Betracht kommen. In seinen Hotels und Ferienwohnanlagen bietet das BSW preisgünstige und zum Teil finanziell geförderte Fitness- und Erholungsaufenthalte an. Die Einrichtungen liegen in landschaftlich schönen Gegenden. Interessenten erkundigen sich bei den BSW-Servicebüros.

LEISTUNGEN DER RENTEN- UND DER KRANKENVERSICHERUNG FÜR ARBEITER, ANGESTELLTE UND RENTNER

Grundsätzlich wird hier auch auf die dem Bewilligungsbescheid beigefügten Merkblätter verwiesen.

- ◇ Persönliche medizinische Voraussetzungen in der Rentenversicherung
- ◇ Persönliche versicherungsrechtliche Voraussetzungen in der Rentenversicherung
- ◇ Einschränkungen in der Rentenversicherung / Wiederholungsfrist
- ◇ Voraussetzungen in der Krankenversicherung
- ◇ Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen
- ◇ Zuzahlung bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen
- ◇ Einkommenssicherung während der Rehabilitationsmaßnahme
- ◇ Begleitperson
- ◇ Fahrtkosten



Persönliche medizinische Voraussetzungen in der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung kann eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbringen, wenn

- ◆ die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
- ◆ bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgewendet werden kann oder bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wesentlich gebessert oder wieder hergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

Die Rentenversicherung kann eine Kinderheilbehandlung erbringen, wenn

- ◆ hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit des Kindes beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wieder hergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

Die Rentenversicherung kann für krebskranke Versicherte, Rentner und Angehörige

Nach- und Festigungskuren (onkologische Nachsorgeleistungen) erbringen,

- ◆ bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

Persönliche versicherungsrechtliche Voraussetzungen in der Rentenversicherung

Für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation:

Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist neben der Erfüllung der persönlichen medizinischen Voraussetzungen auch die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Hierzu ist unter anderem die Erfüllung einer bestimmten Mindestversicherungszeit (Wartezeit) erforderlich. Auf die Wartezeiten sind Zeiten anzurechnen, für die Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet wurden. Hierzu zählen u.a. auch Kindererziehungszeiten sowie im Rahmen des Versorgungsausgleichs erworbene Rentenanwartschaften.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben Versicherte erfüllt, die (wahlweise) bei Antragstellung

- ◆ die Wartezeit von 15 Jahren (180 Beitragsmonate zur Rentenversicherung) erfüllt haben, oder
- ◆ eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen, oder
- ◆ in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben, oder
- ◆ innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind, oder
- ◆ vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit (von 60 Beitragsmonaten zur Rentenversicherung) erfüllt haben, (Anmerkung: die allgemeine Wartezeit kann auch vorzeitig – durch Arbeitsunfall – erfüllt sein) oder
- ◆ einen Anspruch auf große Witwen-/Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben.

Für Kinderheilbehandlungen

Kinderheilbehandlungen können bewilligt werden für Kinder von Versicherten oder Rentnern oder wenn Kinder selbst Waisenrentenbezieher sind.

Soweit es sich um Kinder von Versicherten handelt, haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn sie

- ◆ in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben, oder



- ◆ innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind, oder
- ◆ bei Antragstellung die allgemeine Wartezeit (von 60 Beitragsmonaten zur Rentenversicherung) erfüllt haben.

Für onkologische Nachsorgeleistungen

Anspruch auf diese Leistungen haben Versicherte und Rentenbezieher sowie deren nichtversicherte Angehörigen (Ehegatten und Kinder), wobei Versicherte bzw. die Versicherten von Angehörigen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wie bei den vorgenannten Kinderheilbehandlungen erfüllt haben müssen.

Einschränkungen in der Rentenversicherung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind gesetzlich ausgeschlossen für Versicherte, die

- ◆ Leistungen wegen eines Arbeitsunfalles von einem anderen Rehabilitationsträger erhalten können,
- ◆ eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragen haben,



- ◇ eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird.
- ◇ Wiederholungsbehandlungen sind nicht vor Ablauf von 4 Jahren möglich, es sei denn, eine vorzeitige Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Hierbei sind alle Leistungen, die von einem öffentlichrechtlichen Kostenträger (z.B. Krankenkassen, Sozialhilfeträger, Unfallversicherungsträger) bezuschusst wurden, zu berücksichtigen.

Voraussetzungen der Krankenversicherung

Anspruchsberechtigter Personenkreis

Grundsätzlich haben alle Versicherten einer Krankenkasse Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation. Im Bereich der Leistungen zur Rehabilitation kann die vorrangige Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers (z.B. Rentenversicherung) gegeben sein. Soweit Sie hierzu eine Beratung wünschen, setzen Sie sich bitte telefonisch mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung.

Leistungsarten

In der Krankenversicherung werden Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation erbracht. Leistungen zur Vorsorge werden erbracht, um die Gesundheit zu stärken

und Krankheiten zu verhindern oder bei bestehender Krankheit einer Verschlimmerung vorzubeugen. Leistungen zur Rehabilitation werden erbracht, um die Auswirkungen einer bestehenden Krankheit oder Behinderung zu beseitigen bzw. zu lindern.

Leistungsformen

Die Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation können in ambulanter und stationärer Form erbracht werden.

Leistungsgrundsätze

In der Krankenversicherung sind folgende Grundsätze gesetzlich vorgegeben:

1. Leistungen zur Vorsorge haben Vorrang vor Leistungen zur Rehabilitation („Vorsorge vor Reha“).
2. Die Leistungserbringung in ambulanter Form hat Vorrang vor einer stationären Unterbringung („ambulant vor stationär“).

Leistungsstufen

Die Krankenkasse stellt ihren Versicherten Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation im Rahmen eines dreistufigen Systems zur Verfügung:

1. Stufe

Die 1. Stufe beinhaltet die medizinische Behandlung durch Vertragsärzte. Innerhalb dieser Stufe werden Sie untersucht und es wird mit Ihnen die weitere Therapie bespro-

chen. Im Rahmen der Therapie können Ihnen z.B. Arzneimittel, Heil- oder auch Hilfsmittel verordnet werden.

2. Stufe

Im Rahmen der 2. Versorgungsstufe stellt Ihnen die Krankenkasse ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (früher: offene Badekur) und die stationäre Behandlung in einer zugelassenen Vorsorgeeinrichtung zur Verfügung. Diese Leistungen können Ihnen zur Verfügung gestellt werden, wenn die Leistungen der 1. Stufe nicht mehr ausreichen, um das Behandlungsziel zu erreichen.

3. Stufe

Die 3. Stufe kommt in Betracht, wenn die Leistungen der 1. und 2. Stufe nicht ausreichen. Sie beinhaltet die wohnortnahe ambulante und die stationäre Rehabilitation in zugelassenen Einrichtungen.

Wichtig: Erst wenn die Leistungen einer Stufe nicht mehr ausreichen, um das Behandlungsziel zu erreichen, kann die nächste Stufe in Betracht kommen. Leistungen der 1. Stufe erhalten Sie in der Regel ohne eine gesonderte Antragstellung über Ihre Krankenversicherungskarte. Leistungen der 2. und 3. Stufe sind zu beantragen.

Um zu erfahren, welche Leistungsstufe für Sie in Betracht kommt, sollten Sie Ihren behandelnden Arzt aufsuchen und sich mit ihm beraten. Ist im Ergebnis eine Leistung

zu beantragen, erhalten Sie den notwendigen Antragsvordruck bei der zuständigen Geschäftsstelle Ihrer Krankenkasse.

Mutter/Vater-Kind-Kuren

Für Mütter und Väter gibt es speziell auf Ihre Situation zugeschnittene Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, die in dafür ausgerichteten Einrichtungen durchgeführt werden. Die Durchführung ist auch in Begleitung von Kindern möglich.

Im Vordergrund der Behandlung steht die Mutter bzw. der Vater. Die Mutter oder der Vater muss selbst behandlungsbedürftig sein und momentan mindestens ein Kind erziehen. Ist dagegen nur das Kind behandlungsbedürftig, ist die Durchführung einer Kinderheilbehandlung zu beantragen.

Kinder können mit aufgenommen werden,

- ◆ wenn sie ebenfalls behandlungsbedürftig sind und in der Einrichtung mitbehandelt werden können, oder
- ◆ wenn das Kind während der Leistung des Elternteils nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann und die Durchführung der Leistung daran scheitern würde.

Die Möglichkeit der Mitaufnahme ist in der Regel auf das 12. Lebensjahr begrenzt. Für behinderte Kinder gilt keine Altersgrenze.

Das BSW bietet in enger Zusammenarbeit mit dem Eisenbahn-Waisenhort (EWH) Mutter-/Vater-Kind-Kuren an. Hierfür steht eine moderne Kureinrichtung zur Verfügung (siehe Anhang). Interessenten erkundigen sich bei den BSW-Servicebüros.

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten („offene Badekur“/ ambulante Kur)

Soweit eine ärztliche Behandlung am Wohnort nicht ausreichend ist, um das Behandlungsziel zu erreichen, kann eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten zur Weiterbehandlung in Frage kommen.

Sie sollten sich vor einer Antragstellung mit Ihrem behandelnden Arzt beraten, ob diese Leistung aus medizinischer Sicht notwendig ist oder ggf. Behandlungsalternativen bestehen. Antragsformulare erhalten Sie bei der zuständigen Geschäftsstelle Ihrer Krankenkasse.

Wird Ihnen diese Leistung genehmigt, können Sie zwischen den anerkannten Heilkurorten in Deutschland frei wählen. Über Auswahl eines geeigneten Kurortes sollten Sie mit Ihrem Arzt sprechen. Die Unterkunft ist selbst zu organisieren.

Die ärztliche Behandlung im Kurort ist von zugelassenen Badeärzten durchzuführen. Dies können Sie daran erkennen, dass im Schild des Arztes die Zusatzbezeichnung „Badearzt“ bzw. „Kurarzt“ geführt wird.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die ärztliche Behandlung in voller Höhe. Für vom Badearzt verordnete Leistungen der Heilmitteltherapie entrichten Sie im Jahr 2014 eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 € für die Verordnung und 10% der Kosten der in Anspruch genommenen Heilmittel. Sollten Sie von der Zuzahlungspflicht befreit sein, entfallen diese Zuzahlungen.

Ihre Krankenkasse gewährt Ihnen für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe einen Zuschuss in Höhe von bis zu 13,00 € pro Tag. Diese Kosten sind der Krankenkasse anhand von Originalbelegen nachzuweisen.

Die Leistungsdauer beträgt in der Regel 3 Wochen. Sofern keine medizinischen Bedenken bestehen, kann die Leistungsdauer im Einzelfall auf 2 Wochen reduziert werden.

Wiederholungsfristen der 2. und 3. Stufe in der Krankenversicherung

Zur Wiederholung von Leistungen hat der Gesetzgeber folgende Wartefristen vorge-
sehen:

- ◆ Bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten gilt eine Frist von 3 Jahren.
- ◆ Bei den übrigen Leistungen der Stufen 2 und 3 gilt eine Frist von 4 Jahren.

Wenn dringende medizinische Gründe es erforderlich machen, können die Wiederholungsfristen auch unterschritten werden.

Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in der Regel für 3 Wochen gewährt und können verlängert werden. Die Verlängerung ist rechtzeitig durch die Rehabilitationseinrichtung zu beantragen und medizinisch zu begründen. Kinderheilbehandlungen dauern im allgemeinen 4 Wochen. Entwöhnungsbehandlungen Suchtkranker dauern meist mehrere Monate.

Zuzahlung bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

Nach den gesetzlichen Bestimmungen müssen sich die Versicherten mit einem bestimmten Betrag an den Kosten der Maßnahmen beteiligen. Man spricht hier von Zuzahlung.

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung und der Krankenversicherung sind in den neuen und alten Bundesländern 10 € (Stand 01.01.2014) Zuzahlung pro Rehabilitationstag zu leisten. Diese Zuzahlung ist für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme, für die Rehabilitanden der Rentenversicherung längstens für 42 Tage im Kalenderjahr zu entrichten.

Ist die Rehabilitationsmaßnahme einem Krankenhausaufenthalt gleichzusetzen oder schließt sie ergänzend an einen solchen an (z.B. Anschlussheilbehandlung), so ist die Zuzahlung für eine Rehabilitationsmaßnahme durch die Rentenversicherung für höchstens 14 Tage (Krankenversicherung 28 Tage) im Jahr zu leisten. Eine bereits im gleichen Jahr geleistete Zuzahlung wird auf die Höchstdauer angerechnet.

Ist die Rentenversicherung Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme, erhält der Rehabilitand nach der Rehabilitationsmaßnahme einen Bescheid über den an den Rententräger zu entrichtenden Zuzahlungsbetrag. Der Einzug der Zuzahlung erfolgt in der Klinik, wenn die Krankenkasse Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme ist.

Die Zuzahlung entfällt

- ◆ für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- ◆ für Bezieher von Übergangsgeld,
- ◆ grundsätzlich bei Kinderheilbehandlungen.

In der Rentenversicherung werden auf Anfrage Versicherte oder Rentner von der Zuzahlung befreit, wenn bestimmte Einkommensgrenzen (die jährlich fortgeschrieben werden) nicht überschritten werden. Mit dem Bewilligungsbescheid informiert die Renten- bzw. Krankenversicherung die Versicherten/ Rentner über die Befreiungsregelungen.

In der Krankenversicherung werden Versicherte von der Zuzahlung befreit, wenn bestimmte Belastungsgrenzen (2 bzw. 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) überschritten werden. Soweit Sie hierzu eine Beratung wünschen, setzen Sie sich bitte telefonisch mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung.

Einkommenssicherung während der Rehabilitationsmaßnahme

Ist die Rentenversicherung Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme und sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, wird für die Dauer (auch anteilige Dauer) der

Rehabilitationsmaßnahme Übergangsgeld gezahlt. Die Zahlung des Übergangsgeldes beginnt nach Ablauf der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber.

Maßgebende Bemessungsgrundlage ist bei Arbeitnehmern im Allgemeinen 80% des zuletzt regelmäßig erzielten Einkommens.

Die Höhe des Übergangsgeldes während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beträgt:

- ◆ für Versicherte mit mindestens einem Kind: 75 %
- ◆ für Versicherte, die pflegebedürftig sind oder deren Ehegatte pflegebedürftig ist, bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen: 75 %
- ◆ in allen anderen Fällen: 68 %

der maßgebenden Bemessungsgrundlage.

Begleitperson

Die Kosten für eine Begleitperson im Rahmen der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen und Kinderheilbehandlungen können in medizinisch begründeten Fällen übernommen werden. Die vorherige Zustimmung des Kostenträgers ist hier unbedingt erforderlich.

Fahrtkosten

Als ergänzende Leistung werden Reisekosten übernommen, die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entstehen. Zu den Reisekosten gehören die erforderlichen Fahr- und Transportkosten, Verpflegungs- und Übernachtungskosten, Kosten des Gepäcktransports für die Versicherten und für eine wegen deren Behinderung erforderliche Begleitperson. Erforderliche Fahrtkosten sind grundsätzlich die Kosten, die bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden, die geringsten Kosten verursachenden Beförderungsmittels entstehen. In aller Regel werden die Kosten der Hin- und Rückfahrt zwischen dem Wohnort und dem Ort der Rehabilitation in Höhe des Bahntarifs der 2. Klasse (Nah-/Fernverkehr) übernommen.

Von der Benutzung persönlicher Fahrvergünstigungen für die Hin- und Heimreise raten wir ab und verweisen auf die Richtlinien der DB AG.

Privater Pkw

Rentenversicherung:

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden die Erstattungssätze des Bundesreisekostengesetzes zugrunde gelegt. Für die Hin- und Rückfahrt zur Rehabilitationseinrichtung werden derzeit 0,20 € je Kilometer erstattet (maximal 130 €).

Krankenversicherung:

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden die Erstattungssätze des Bundesreisekostengesetzes zugrunde gelegt. Für die Hin- und Rückfahrt zur Rehabilitationseinrichtung werden derzeit 0,20 € je Kilometer erstattet. Reisekosten für eine Begleitperson werden nur übernommen, wenn der jeweilige Kostenträger aufgrund ärztlicher Bescheinigung die Notwendigkeit vorher anerkannt hat.

Was tun, wenn die Rehabilitation nicht hilft?

Dauert Ihre Krankheit länger an oder mündet diese in eine Behinderung, die Sie in Ihrer Tätigkeit erheblich einschränkt, kommt für Sie eine Erwerbsminderungsrente in Frage. Dazu müssen entsprechende Vorversicherungszeiten vorliegen. Eine individuelle Beratung ist hier unverzichtbar. Unsere Versichertensprecher bei der DRV Knappschaft-Bahn-See stehen für Sie in den Geschäftsstellen der EVG und individuell zur Beratung zur Verfügung.

Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente

Sie sind in Folge von Krankheit oder Unfall nicht mehr in der Lage, mehr als sechs Stunden am Tag zu arbeiten, können Sie Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben. Dafür gibt es zwei Voraussetzungen:

Nachgewiesene medizinische Notwendigkeit: Aus Ihren ärztlichen Unterlagen beziehungsweise Gutachten geht eindeutig hervor, dass Sie in Ihrem oder einem anderen Beruf nicht mehr als 6 Stunden täglich arbeiten können.

Erfüllung der Mindestversicherungszeiten: Sie sind mindestens 5 Jahre versichert, wovon Sie in den letzten 5 Jahren mindestens 3 Jahre im Rahmen einer Beschäftigung oder Tätigkeit Pflichtbeiträge bezahlt haben müssen. Wichtig für Familien: Kindererziehungszeiten zählen als Pflichtbeitragszeiten.

Folgende Ausnahmen gibt es bei der Wartezeit: Ergibt sich die Notwendigkeit einer Erwerbsminderungsrente aus einem Arbeitsunfall, einer Berufskrankheit, einer Beschädigung aus dem Wehr- und Bundesfreiwilligendienst oder in/bei politischem Gewahrsam, reicht in der Regel schon ein gezahlter Beitrag.

Für die Wartezeit zählen mit:

- ◆ Beitragszeiten (Pflichtbeitragszeiten, unter bestimmten Voraussetzungen zum Beispiel auch Zeiten des Bezuges von Krankengeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II – vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2010 – oder Übergangsgeld, Zeiten der Kindererziehung, Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege, freiwillige Beitragszeiten),
- ◆ Ersatzzeiten (zum Beispiel Zeiten der politischen Verfolgung in der DDR),
- ◆ Zeiten aus einem Versorgungsausgleich bei Scheidung,
- ◆ Zeiten aus Zuschlägen für eine geringfügige Beschäftigung (vor 2013 versicherungsfreier 400EuroJob, ab 2013 von der Versicherungspflicht befreiter 450EuroJob),
- ◆ Zeiten aus einem Rentensplitting.

Teilweise oder volle Erwerbsminderung?

Wenn Ihre Leistungskraft auf weniger als sechs Stunden täglich gesunken ist, Sie aber noch mindestens drei Stunden am Tag arbeiten können, ist dies eine teilweise Erwerbsminderung. Gibt es allerdings keine entsprechende Teilzeitarbeit, prüft die Rentenversicherung, ob Sie auch Anspruch auf die volle Erwerbsminderung haben.

rungsrente haben. Voll erwerbsgemindert sind Sie grundsätzlich auch, wenn Sie in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder in einer anderen beschützenden Einrichtung beschäftigt sind und wegen der Art und Schwere Ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

Rente auf Zeit oder unbefristet

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden in der Regel für einen festgelegten Zeitraum gezahlt. Wenn es aber unwahrscheinlich ist, dass Ihre Erwerbsminderung behoben werden kann, und Ihr Rentenanspruch unabhängig von der Arbeitsmarktlage besteht, erhalten Sie diese Rente unbefristet.

Rentenhöhe bei Erwerbsminderung

Die Höhe der Rente bei Erwerbsminderung ist individuell und ist abhängig vom Versicherungsverlauf. Bei einer teilweisen Erwerbsminderungsrente erhalten sie auch nur die halbe Rente statt des vollen Rentenanspruchs bei voller Erwerbsminderungsrente. Deshalb ist hier unbedingt eine Beratung bei unseren Versichertensprechern dringend geboten.

Zurechnungszeit

Bei der Berechnung der Rentenhöhe zählen nicht nur die bisherigen Berufsjahre. Vielmehr gibt es die sogenannte Zurechnungszeit. Sie ist die Zeit zwischen dem Eintritt der Erwerbsminderung und dem vollendeten 62. Lebensjahr. Die Zurechnungszeit wird mit einem Durchschnitts-

wert der zurückgelegten Versicherungszeiten bewertet und steigert so die Rente.

Abschläge

Beginnt Ihre Rente vor der für Sie maßgeblichen Altersgrenze, müssen Sie jedoch Abschläge in Kauf nehmen. Für jeden Monat, den Sie früher in Rente gehen, beträgt der Abschlag 0,3 Prozent, insgesamt jedoch höchstens 10,8 Prozent.

Antrag

Die Erwerbsminderungsrente gibt es nur auf Antrag. Wenn sich aber während der Reha herausstellt, dass eine Erwerbsminderung auf Zeit oder auf Dauer vorliegt, gilt der Reha-Antrag als Rentenanspruch. Die Antragsfiktion des § 116 Abs. 2 SGB VI bewahrt den Versicherten vor den nachteiligen Folgen einer verspäteten Rentenanspruchstellung in den Fällen, in denen dieser nach dem Grundsatz „Leistungen zur Teilhabe vor Rente“ zunächst Leistungen zur Teilhabe und nicht zugleich auch Rente beantragt hat. Damit kann sich die Rehabilitationsbereitschaft des Versicherten für ihn selbst nicht nachteilig auswirken.

Entziehung der Rente

Bessert sich Ihr Gesundheitszustand während des Rentenbezuges, kann die Rente ganz oder teilweise entzogen werden. Bevor die Rentenversicherung Ihnen einen entsprechenden Bescheid erteilt, können Sie dazu Stellung nehmen.

LEISTUNGEN FÜR VERSICHERTE DER KVB UND DIE MITVERSICHERTEN ANGEHÖRIGEN

*SOWIE FÜRSORGBERECHTIGTE BEAMTE, RUHESTANDSBEAMTE
UND HINTERBLIEBENE DES BUNDESEISENBAHNVERMÖGENS,
DER DRV KBS UND DER EISENBAHN- UNFALLKASSE*

*Die Antragstellung und das Bewilligungsverfahren wurde bereits
vorne im Abschnitt „Allgemeines für alle Gruppen“ angesprochen.
Um Ihnen Ihre Antragstellung so einfach wie möglich zu machen,
beachten Sie bitte die diesem Ratgeber als Anhang beigefügten Hin-
weise zur Stellung eines Antrags auf eine Gesundheitsmaßnahme.*

- ◇ Rechtsgrundlagen
- ◇ Welche Gesundheitsmaßnahmen gibt es für die bei der KVB Anspruchsberechtigten?
- ◇ Berechtigte
- ◇ Besonderheiten zu den Anspruchsberechtigten
- ◇ Medizinische Voraussetzungen
- ◇ Dauer der Heilmaßnahme
- ◇ Bewilligung
- ◇ Abrechnung für Sanatoriumsbehandlungen mit Einweisung durch die KVB-HV
- ◇ Wichtige Hinweise zur Vermeidung finanzieller Nachteile
- ◇ Begleitperson
- ◇ Heilmaßnahmen ohne Einweisung durch die KVB-HV, Abt. Reha, (eigene Wahl)
- ◇ Heilkur
- ◇ Einkommenssicherung während der Heilmaßnahme
- ◇ Beförderungskosten (Fahr- und Gepäckkosten)
- ◇ Wiederholungsfrist
- ◇ Vorrang von Ansprüchen gegenüber anderen Leistungsträgern
- ◇ „Offene Badekur“
- ◇ Wo kann ich weitere Auskünfte und Informationen über Rehabilitationsmaßnahmen durch die KVB erhalten?



Rechtsgrundlagen

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) leistet Zuschüsse zu den Aufwendungen einer nach Vertrauensärztlichem Gutachten notwendigen Sanatoriumsbehandlung, Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Heilkur in Anlehnung an die Beihilfavorschriften des Bundes (BhV). Diese Beihilfavorschriften gelten nicht unmittelbar für die KVB bzw. das BEV, jedoch ist die Fürsorgepflicht in Krankheitsfällen hier durch Regelungen konkretisiert, die sich an den Beihilfavorschriften anlehnen. Die maßgeblichen Leistungen ergeben sich im Wesentlichen aus Satzung und Tarif der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB).

Die maßgebenden rechtlichen Regelungen sind in den „Richtlinien für die Gewährung von Zuschüssen zu den Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlungen und Heilkuren“ enthalten. Diese „Richtlinien“ wurden allen Versicherten als Anhang zum Tarif der KVB zugesandt. Die Gewährung dieser Leistungen an Fürsorgeberechtigte des Bundeseisenbahnvermögens (BEV), die nicht Mitglied der KVB sind, erfolgt ebenfalls nach diesen Richtlinien. Die Leistungsgewährung erfolgt namens und im Auftrag des BEV. Die Höhe der Leistungen ist auf den Beihilfeanteil an den nach dem Tarif der KVB zuschussfähigen Aufwendungen begrenzt.

Welche Gesundheitsmaßnahmen gibt es für die bei der KVB Anspruchsberechtigten?

Als Gesundheitsmaßnahmen können Sanatoriumsbehandlungen, stationäre und teilstationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) oder Heilkuren gewährt werden.

Unter Sanatoriumsbehandlung versteht man eine besondere Heilbehandlung (z.B. mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie) in einem anerkannten (= beihilfefähigen) Sanatorium oder in einer (Privat-) Krankenanstalt mit den dafür erforderlichen Einrichtungen und dem erforderlichen Pflegepersonal. Sie kann als „normale“ Sanatoriumsbehandlung, als eine Anschlussheilbehandlung (AHB) im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, als Kinderheilbehandlung, als Krebsnachsorgebehandlung, Entwöhnungsbehandlung oder als familienorientierte Rehabilitation durchgeführt werden. Die familienorientierte Rehabilitation soll bei schweren chronischen Erkrankungen eines Kindes allen Familienmitgliedern die Teilnahme an der Rehabilitation ermöglichen.



Die Behandlungsform „Heilkur“ kann nur aktiven Beamten gewährt werden. Sie dient zur Erhaltung der Dienstfähigkeit. Heilkur im Sinne dieser Richtlinien ist der Gebrauch örtlich angebotener Heilanwendungen, der unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis enthaltenen Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein. Für die Durchführung und Abrechnung einer genehmigten Heilkur in einem anerkannten Heilkurort hat der Anspruchsberechtigte grundsätzlich selbst zu sorgen. Eine Einweisung in eine geeignete Einrichtung durch die KVB erfolgt in diesen Fällen nicht.

Als Sonderform einer Heilkur kann bei besonderen Fällen eine Heilkur am Toten Meer gewährt werden. In speziellen Einrichtungen ist auch die Durchführung von

Müttergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren und Vater-Kind-Kuren als Sonderform einer Heilkur möglich.

Berechtigte

Antragsberechtigt sind Mitglieder der KVB für sich und ihre mitversicherten Angehörigen sowie fürsorgeberechtigte Beamte, Ruhestandsbeamte und Hinterbliebene des Bundeseisenbahnvermögens, der DRV KBS und der Eisenbahn-Unfallkasse.

Besonderheiten zu den Anspruchsberechtigten

Kein Leistungsanspruch besteht für Ehegatten, deren Einkünfte derzeit 17.000,00 €, gem. § 29 a der Satzung der KVB, im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung überschritten haben.



Anspruch auf eine Heilkur haben nur Beamte im aktiven Dienst für sich selbst.

Medizinische Voraussetzungen

Eine Sanatoriumsbehandlung wird genehmigt, wenn sie nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann.

Eine Anschlussheilbehandlung wird genehmigt, wenn sie nach begründeter Bescheinigung eines (Krankenhaus-)Arztes nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist, ambulante Maßnahmen nicht ausreichen und der Patient in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären Krankenhausbehandlung in das Sanatorium eingeliefert wird. Eine Heilkur wird genehmigt, wenn sie nach amts- oder

vertrauensärztlichem Gutachten zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder wenn bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann. Die nachträgliche Genehmigung einer Heilkur ist ausgeschlossen.

Dauer der Heilmaßnahme

Eine Sanatoriumsbehandlung oder eine Anschlussheilbehandlung wird für 3 Wochen bewilligt. Sie können verlängert werden, wenn die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen und von der KVB anerkannt ist.

Die Dauer einer Heilkur darf höchstens 3 Wochen (Reisetage werden dabei nicht berücksichtigt) betragen. Eine Verlängerung ist nicht zulässig. Dies gilt auch für Müttergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Kuren als Sonderformen einer Heilkur.

Bewilligung

Über die Bewilligung einer Heilmaßnahme erhält der Antragsteller einen Bescheid.

Über Art und Umfang der zu genehmigenden Gesundheitsmaßnahme bestimmt die KVB in pflichtgemäßem Ermessen.

Bei einer genehmigten Sanatoriumsbehandlung oder AHB kann auf Wunsch des Antragstellers die KVB den Patienten in eine nach der Stellungnahme des Amts-/Vertrauensarztes geeignete Klinik einweisen; das gilt sinngemäß auch für Müttergenesungskuren bzw. Mutter(Vater)-Kind-Kuren.

Zeitgleich mit dem Bewilligungsbescheid an den Antragsteller erhält die Klinik, in welche die KVB den Patienten eingewiesen hat, eine Kostenzusage. Damit erklärt die KVB-HV gegenüber der Klinik, dass die Kosten mit der KVB-HV zu den aufgrund eines Versorgungsvertrages mit einer Krankenkasse nach § 111 SGB V oder einem anderen Sozialversicherungsträger vereinbarten Pflegesatz abgerechnet werden können.

Dieser Pflegesatz beinhaltet die notwendigen Kosten für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete Anwendungen und Medikamente und die Kurtaxe. Wahlleistungen aller Art (Chefarztbehandlung, besondere Ausstattung der Zimmer etc.) sind darüber hinaus nicht zuschussfähig.

Medikamente, welche bereits vor und auch während der Reha-Maßnahme benötigt werden, sollen in ausreichender Menge vom Mitglied mitgenommen werden, da diese Medikamente nicht im genannten Pflegesatz enthalten sind.

Wurde vom Antragsteller eine Sanatoriumsbehandlung oder AHB ohne Einweisung durch die KVB-HV (eigene Wahl) beantragt, so erhält er bei einer Genehmigung zusammen mit den Bewilligungsunterlagen einen besonderen Erstattungsantrag für die Einreichung der von ihm gezahlten Rechnungen für die zuschussfähigen ärztlichen Leistungen, ärztlich verordneten Anwendungen, Medikamente und die Kurtaxe. Außerdem erhält er einen Vordruck für die Bestätigung des Sanatoriums über die Höhe des niedrigsten Pflegesatzes für Unterkunft und Verpflegung des Hauses. Wahlleistungen aller Art sind darüber hinaus nicht zuschussfähig.

Abrechnung für Sanatoriumsbehandlungen mit Einweisung durch die KVB-HV

Nachdem die bewilligte Heilmaßnahme durchgeführt worden ist, erfolgt die Abrechnung der Kosten (ohne eventueller Kosten für selbst gewünschte Wahlleistungen) zwischen Klinik und der KVB-HV direkt. Die KVB-HV bezahlt die Rechnung zunächst in voller Höhe.

Der Antragsteller erhält anschließend von der KVB-HV, Abt. Rehabilitation, einen Abrechnungsbescheid, aus dem die Gesamtkosten der Heilmaßnahme, der Zuschuss nach den entsprechenden Leistungstafeln und die Restkosten für den Antragsteller hervorgehen. Für KVB-Versicherte mit Anspruch auf die vollen Tarifleistungen sieht die Leistungstafel 08 320-322 (Sanatoriumsbehandlung) einen Zuschuss von 85% und die Leistungstafel 08 330-332 (Anschlussheilbehandlung) einen Zuschuss von 90% der anerkannten Kosten vor. Die Restkosten betragen demnach bei einer regulären Sanatoriumsbehandlung 15 Prozent und bei einer AHB 10 Prozent der anerkannten Kosten. Die genaue Höhe der Restkosten, die Höhe der Raten und der Zeitpunkt des Einzugs oder eine Zahlungsaufforderung gehen aus der Abrechnung hervor.

Bei fürsorgeberechtigten Antragstellern, die nicht Mitglied der KVB sind, ist die Höhe des Eigenbehaltes abhängig von der Höhe des

„Bemessungssatzes“ für die beihilfeentsprechenden Leistungen. Der Bemessungssatz ist im Bewilligungsbescheid angegeben. Besteht eine Mitgliedschaft in der Postbeamtenkrankenkasse, so kann der Abrechnungsbescheid der KVB-HV bei der zuständigen Bezirksstelle der PBeaKK zur Beantragung eines Zuschusses vorgelegt werden.

Wichtige Hinweise zur Vermeidung finanzieller Nachteile

Oftmals besteht bei den Versicherten der KVB, aber auch bei vielen Kliniken, Unkenntnis über die Kosten- und Erstattungsregelungen. Die Regelungen weichen von denen für Beamte anderer Behörden ab. Dieses Unkenntnis über die verschiedenen Regelungen führt bedauerlicherweise immer wieder dazu, dass Patienten mit zum Teil sehr hohen Kosten belastet werden. Deshalb sollten im eigenen Interesse folgende Hinweise beachtet werden:

- ◆ Die KVB-HV, Abt. Reha, erkennt in der Regel nur den niedrigsten allgemeinen vollpauschalierten Pflegesatz der Klinik an. Er ist in der Regel in einem Vertrag nach § 111 SGB V festgelegt.
- ◆ Zu Wahlleistungen wie z.B. Chefarztbehandlung und besondere Unterbringung, gewährt die KVB-HV, Abt. Reha, im Gegensatz zu Akutbehandlungen im

Krankenhaus durch die Bezirksleitungen der KVB, keine Zuschüsse. Die Kosten für Wahlleistungen müssen bei Rehabilitationsbehandlungen voll vom Antragsteller getragen werden.

- ◆ Wenn vor der Bewilligung durch die KVB-HV, Abt. Reha, vom Patienten bereits vertragliche Vereinbarungen mit einer Behandlungsstätte eingegangen worden sind, kann es sein, dass die Klinik die Kostenzusage der KVB-HV, Abt. Reha, nicht mehr anerkennt und erhebliche Mehrausgaben auf den Antragsteller zukommen.
- ◆ Sollte bei der Aufnahme in die Klinik noch keine Kostenzusage der KVB-HV, Abt. Reha, vorliegen, sollte der Patient NICHT erklären, er sei „Privatpatient“ oder „KVB-Patient“ oder „Beihilfeberechtigter Beamter“, sondern darauf hinweisen, dass der Kostenträger für das Heilverfahren die KVB-HV, Abt. Reha, – Adresse siehe Anhang – ist und die Kostenübernahmeerklärung nach der Bewilligung der Klinik noch zugesandt wird.
- ◆ Der Patient sollte bei der Aufnahme in eine Klinik niemals etwas unterschreiben, ohne es vorher sorgfältig gelesen zu haben. Es ist verständlich, wenn man in dieser Situation vielleicht aufgeregt ist. Trotzdem sollte man sich die Zeit nehmen, vorgelegte Schriftstücke zu prüfen, Fragen zu stellen und ggf. Rücksprache

mit der KVB-HV, Abt. Reha, zu nehmen. Falls erforderlich, sollte darauf hingewiesen werden, dass für die Rehabilitationsbehandlung die Regelungen der KVB für Akutbehandlungen im Krankenhaus keine Anwendung finden.

- ◆ In der Regel bedarf es neben der Kostenübernahmeerklärung KVB-HV, Abt. Reha, keiner weiteren Vereinbarungen. Die Kostenübernahme bezieht sich auf den vollpauschalierten Pflegesatz der Klinik, in dem alle notwendigen Leistungen wie Unterkunft und Verpflegung, Kosten für ärztliche Leistungen, Medikamente, Heilbehandlungen und die Kurtaxe enthalten sind.
- ◆ Medikamente, die bereits vor und auch während der Reha-Maßnahme benötigt werden, sollen in ausreichender Menge vom Mitglied mitgenommen werden. Diese sind im genannten Pflegesatz nicht enthalten.

Begleitperson

Ein Zuschuss zu den Kosten einer Begleitperson wird nur gewährt, wenn die Notwendigkeit durch die aufnehmende Reha-Klinik nachgewiesen und vor Beginn der Heilmaßnahme durch die KVB-HV, Abt. Reha, anerkannt und genehmigt worden ist.

Die meisten Kliniken stellen für Begleitpersonen besondere Pflegesätze (ausschl. Unterkunft und Verpflegung) in Rechnung. Zuschussfähig sind 70 Prozent des niedrigsten Pflegesatzes für Unterkunft und Verpflegung (bei einer Heilkur auf derzeit 13 € begrenzt). Von diesem zuschussfähigen Betrag errechnet sich der Zuschuss der KVB-HV, Abt. Reha.

Sanatoriumsbehandlung ohne Einweisung (eigene Wahl) beantragen und die Auswahl von Ort und Behandlungsstätte selbst treffen. In diesem Fall muss der Antragsteller jedoch einige Besonderheiten hinsichtlich der Abwicklung und der Zuschusshöhe beachten.

Wünscht der Antragsteller eine Sanatoriumsbehandlung ohne Einweisung durch KVB-HV, Abt. Reha, so kann er dies in seinem Antrag (Vordruck 104 71) angeben. Nach dem üblichen Bearbeitungsverfahren erhält er einen Bewilligungsbescheid mit einem Vordruck für die spätere Erstattung von Kosten. Der Antragsteller sucht sich selbst die Behandlungsstätte aus und regelt eigenverantwortlich die zeitliche und sachgemäße Abwicklung der Heilbehandlung. D.h. auch, dass er darauf achten muss, dass die Voraussetzungen für die Zuschussgewährung durch die KVB-HV, Abt. Reha, eingehalten werden, wie z.B. dass das ausgewählte Sanatorium anerkannt und nach seinen Heilanzeigen für die Behandlung des Patienten geeignet sein muss.

Beispiel:
 Versorgungsempfänger, Sanatoriumsbehandlung als AHB, täglicher Pflegesatz für Begleitpersonen (Unterkunft + Verpflegung) 50,00 €

Rechnung der Klinik für die Begleitperson: 21 Tage x 50,00 €	= 1.050,00 €
Zuschussfähig sind 70 Prozent des Pflegesatzes	= 735,00 €
der Zuschuss der KVB-HV (90 Prozent bei AHB) beträgt	= 661,50 €
als Restkosten für den Antragsteller verbleiben	= 388,50 €

Heilmaßnahmen ohne Einweisung durch die KVB-HV, Abt. Reha, (eigene Wahl)

Bei einer Sanatoriumsbehandlung sucht die KVB-HV, Abt. Reha, im Regelfall eine geeignete Behandlungsstätte aus. Der Anspruchsberechtigte kann jedoch auch eine

Nach Beendigung der Heilmaßnahme legt der Antragsteller mit dem bei der Bewilligung zugesandten Erstattungsantrag die angefallenen Original-Rechnungen und den Ärztlichen Entlassungsbericht bei der KVB-HV, Abt. Reha vor.

Den errechneten Zuschuss überweist die KVB-HV, Abt. Reha, auf das Konto des Antragstellers.

Heilkur

Die Unterkunft bei einer Heilkur muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein. Eine Heilkur muss unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan (Behandlungsplan) durchgeführt werden. Der Kurort muss im amtlichen Heilkurortverzeichnis des Bundesinnenministeriums enthalten sein. Alternativ kann eine Heilkur auch in einem anerkannten Sanatorium außerhalb eines Heilkurortes durchgeführt werden. Sie wird dadurch aber nicht zu einer Sanatoriumsbehandlung, sondern bleibt eine Heilkur.

Für die Durchführung und Abrechnung einer genehmigten Heilkur hat der Anspruchsberechtigte grundsätzlich selbst zu sorgen. Eine Einweisung in eine geeignete Einrichtung durch die KVB erfolgt in diesen Fällen nicht.

Bei einer von der KVB-HV, Abt. Reha, genehmigten Heilkur trägt der Anspruchsberechtigte zunächst die Kosten der Maßnahme und reicht dann die Einzel-Rechnungen (keine Rechnung mit vollpauschaliertem Pflegesatz) zusammen mit dem Bewilligungsbescheid der KVB-HV, Abt. Reha, bei der für ihn zuständigen Bezirksleitung der KVB ein. Für die Berechnung der Zuschüsse

zu den Kosten für ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heilbehandlungen, Kurtaxe und anerkannte Beförderungskosten gilt der Tarif der KVB (Leistungstafel 08 440 bis 08 461). Die Zuschüsse der KVB werden für längstens 3 Wochen gezahlt. Die auf die Kosten für Unterkunft und Verpflegung entfallenden Zuschüsse dürfen zusammen 16,00 € täglich nicht übersteigen. Die Zuschüsse für die Kosten einer Begleitperson sind auf 13,00 € täglich begrenzt (derzeitige Regelung).

Für die Sonderformen einer Heilkur, wie eine Heilkur am Toten Meer oder eine Müttergenesungskur oder Mutter-Kind-Kur oder Vater-Kind-Kur, erfolgt die Abrechnung grundsätzlich durch die genehmigende Stelle KVB-HV, Abt. Reha, in Frankfurt am Main.

Einkommenssicherung während der Heilmaßnahme

Während der Heilmaßnahme werden die Dienstbezüge weitergezahlt. Für die Zeit der Heilmaßnahme wird Urlaub ohne Anrechnung auf den Erholungsurlaub gewährt.

Beförderungskosten (Fahr- und Gepäckkosten)

Für die gesamten Fahrkosten (An- und Abreise) ist insgesamt ein Höchstbetrag von 200 € zuschussfähig.

Bei Nutzung eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittel (z.B. Bahn) sind die Fahrkosten für die An- und Abreise in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten zuschussfähig.

Entstandene Kosten der Gepäckbeförderung werden auf Nachweis durch Originalbelege zusätzlich bezuschusst, sofern regelmäßig verkehrende, öffentliche Verkehrsmittel benutzt wurden. Wird ein privater Pkw benutzt, sind in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) 0,20 € je Kilometer zuschussfähig, jedoch jeweils nur eine Fahrt für die An- und Abreise.

Wird bei einer Anschlussheilbehandlung eine Krankenbeförderung ärztlich verordnet, sind die entstandenen notwendigen Beförderungskosten für den Transport mit dem verordneten Beförderungsmittel zuschussfähig.

Bei einer Sanatoriumsbehandlung sind in besonderen Ausnahmefällen auch die entstandenen notwendigen Aufwendungen für den Transport mit anderen Beförderungsmitteln zuschussfähig. Voraussetzung ist, dass wegen der Art und Schwere der Erkrankung ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, und die Benutzung eines privaten Pkws nicht in Betracht kommt. Eine ärztliche Verordnung

(z.B. für die Beförderung mit einem Taxi) ist dem Antrag auf Bezuschussung der Beförderungskosten beizufügen. Auch hier gilt die Obergrenze von 200 €. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Tarifs der KVB.

Wiederholungsfrist

Eine Gesundheitsmaßnahme kann nicht genehmigt werden, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als zuschussfähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist.

Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,
2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist; in diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,
3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

Bei einer Heilkur darf von der Einhaltung der Frist nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten des Amts- und Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

Vorrang von Ansprüchen gegenüber anderen Leistungsträgern

Besteht ein Anspruch auf Leistungen (Beihilfen) bei einem anderen Dienstherrn als dem BEV, ist der Reha-Antrag beim Dienstherrn und nicht bei der KVB zu stellen. Wurde durch den anderen Dienstherrn ein Heilverfahren genehmigt, kann zu den erbrachten Beihilfeleistungen des anderen Dienstherrn bei der zuständigen KVB-Bezirksleitung (mit normalen Erstattungsantrag) ein Zuschuss beantragt werden.

Besteht ein Anspruch auf Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Hierzu zählen auch Leistungen z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) im Rahmen der Kriegsopferfürsorge, aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung oder aus der gesetzlich geregelten Beamtenunfallfürsorge.

Werden zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen, so sind sie gleichwohl bei der Zuschussfestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 vom Hundert als zustehende Leistung anzusetzen.

Die Kürzung kann unterbleiben, wenn der andere Träger die Gewährung einer Heilmaßnahme abgelehnt hat, z.B. wegen Nichterfüllung versicherungsrechtlicher Voraussetzungen.

„Offene Badekur“

Nach dem Tarif der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), Tarifstelle 8.15, „Nicht genehmigte Gesundheitsmaßnahmen“, können KVB-Mitglieder auch ohne Genehmigung der KVB-HV, Abt. Reha, eine Kur durchführen. In solchen Fällen gewährt die KVB Zuschüsse zu den Arztkosten, den Medikamenten und Heilbehandlungen in der üblichen Höhe.

Die KVB gewährt jedoch keine Zuschüsse zu den sonstigen Kosten wie z.B. Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Reisekosten. Eine vorherige Beantragung bzw. Genehmigung ist in solchen Fällen nicht erforderlich. Selbstverständlich gilt auch hier, dass alle Leistungen ärztlich verordnet sein müssen.

Für „offene Badekuren“ wird seitens des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn kein Sonderurlaub gewährt.

Wo kann ich weitere Auskünfte und Informationen über Rehabilitationsmaßnahmen durch die KVB erhalten?

Auskünfte allgemeiner Art und in Einzelfällen erteilen die Sachbearbeiter der Abt. Reha der KVB-HV. Bitte bedenken Sie aber, dass ohne vollständigen Antrag und ohne vertrauensärztliches Gutachten keine verbindlichen Auskünfte für Einzelfälle gegeben werden können. Die Zuständigkeit der Bearbeitung richtet sich nach dem Geburtstag des Patienten.

Abschnittsleiter // Tel.: (069) 24703 360

Tag 1 bis 4 jeden Monats und Tag 30 der Monate 1-6 // Tel.: (069) 24703 366

Tag 5 bis 8 jeden Monats und Tag 31 der Monate 1-6 // Tel.: (069) 24703 373

Tag 9 bis 12 jeden Monats und Tag 30 der Monate 7-12 // Tel.: (069) 24703 362

Tag 13 bis 16 jeden Monats und Tag 29 der Monate 1-6 // Tel.: (069) 24703 361

Tag 17 bis 20 jeden Monats und Tag 31 der Monate 7-12 // Tel.: (069) 24703 365

Tag 21 bis 24 jeden Monats und Tag 29 der Monate 7-12 // Tel.: (069) 24703 364

Tag 25 bis 28 jeden Monats und Tag 30 der Monate 1-6 // Tel.: (069) 24703 367

Für Informationen oder für den Abruf von Formularen steht den Anspruchsberechtigten der KVB im Internet unter www.kvb.bund.de eine ständig aktualisierte Homepage der KVB zur Verfügung.



ANHANG

- ◇ Kliniken ausgewählter Versicherungsträger
- ◇ Behandlungsschwerpunkte der einzelnen Kliniken
- ◇ Anschriften der Kostenträger
- ◇ Anschriften der Kliniken der Versicherungsträger
- ◇ Anschriften der ServicePunkte der BAHN-BKK
- ◇ Anschriften der Stiftung BSW
- ◇ Versichertensprecher



Kliniken ausgewählter Versicherungsträger

KVB, BAHN-BKK und DRV KBS

Diese Kliniken sind auf bestimmte Krankheitsgruppen spezialisiert. Soweit es von der Behandlung, den örtlichen und klimatischen Verhältnissen her möglich und sinnvoll ist, werden diese Kliniken vorrangig in Anspruch genommen.

Diese Kliniken sind Einrichtungen, die von den Versicherten der genannten Träger für medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau und nach modernen Methoden zu preiswerten Pflegesätzen in Anspruch genommen werden können.

Behandlungsschwerpunkte der einzelnen Kliniken

Klinik Königstein der KVB, 61462 Königstein (Taunus)

Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen, Stoffwechselstörungen, degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen am Bewegungsapparat, entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Adipositas-Programm und Gesundheitswochen (Angebot des Fonds zur sozialen Sicherung)

Vital-Kliniken GmbH, Klinik Dreizehnlinden, 33014 Bad Driburg

Erkrankungen des Bewegungsapparates, Erkrankungen der inneren Organe, neurologische Erkrankungen, Onkologie, Stoffwechselstörungen und Herz-, rheumatische Erkrankungen Gefäß- und Kreislauferkrankungen, Seminarangebote für Gesundheitsbewusste und in Gesundheitsberufen Beschäftigte

Vital-Kliniken GmbH, Klinik Sonnenbühl, 78073 Bad Dürrhein

Herz- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen der Gefäße und der Atemwege, degenerativ-rheumatische Erkrankungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen, Tumorerkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Nierenerkrankungen, neurologische Erkrankungen. Besondere Präventionsangebote von Gesundheitswochen, speziellen Themenwochen bis Vital-Check-Up (auch Angebot des Fonds zur sozialen Sicherung)

Vital-Kliniken GmbH, Klinik Buchenholm, 23714 Bad Malente

Internistische, kardiologische und orthopädische Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, psychosomatische Erkrankungen und spezielle Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen. Besondere Präventionsangebote von

Gesundheitswochen, speziellen Themenwochen bis Vital-Check-Up (auch Angebot des Fonds zur sozialen Sicherung)

**Paul-Ehrlich-Klinik der KBS,
61348 Bad Homburg v. d. Höhe**

Orthopädische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane, psychovegetative Erschöpfungszustände, psychosomatische Störungen

**Chiemgau-Klinik der KBS,
83250 Marquartstein**

Rheumatische Erkrankungen, Orthopädische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, funktionelle Herz- und Kreislaufkrankungen, Erkrankungen der Atem- und Verdauungsorgane, maligne Erkrankungen, Adipositas-Programm, psychosomatische Erkrankungen und Gesundheitswochen (Angebot des Fonds zur sozialen Sicherung).

**Römerberg-Klinik der KBS,
79410 Badenweiler**

Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats, Stoffwechselerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Krankheiten der Gefäße, Erkrankungen des Verdauungstrakts, urologische und gynäkologische Erkrankungen, psychovegetative Erschöpfungssyndrome.

**Knappschafts-Klinik Bad Driburg
der KBS, 33014 Bad Driburg**

Herz- und Kreislaufkrankungen, Erkrankungen der Gefäße, Stoffwechselerkrankungen

**Knappschafts-Klinik Bad Neuenahr
der KBS, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler**

Erkrankungen des Verdauungstraktes, Stoffwechselerkrankungen, Krebserkrankungen, psychosomatisch-psychovegetative Erkrankungen

**Knappschafts-Klinik Bad Soden-Salmünster
der KBS, 63628 Bad Soden-Salmünster**

Orthopädische Erkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Gefäße, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, Erkrankungen des Verdauungstrakts, Erschöpfungszustände, psychovegetative Erkrankungen

**Knappschafts-Klinik Borkum
der KBS, 26757 Borkum**

Erkrankungen der Haut und der Atemwege, Venenerkrankungen, Allergien, Krebserkrankungen, psychosomatische und psychovegetative Funktionsstörungen Gesundheitswochen (Angebot des Fonds zur sozialen Sicherung).

**Reha-Zentrum prosper der KBS,
46242 Bottrop**

Erkrankungen der Nerven, des Gehirns und Rückenmarks, dialysepflichtige Erkrankungen

**Rehaklinik am Berger See der KBS,
45894 Gelsenkirchen**

Orthopädische und rheumatische Erkrankungen

Reha-Tagesklinik Schloss Bietschied der KBS, 66265 Heusweiler

Orthopädische Erkrankungen, Venenleiden, allgemeine Erschöpfungszustände

**Knappschafts-Klinik Warmbad der KBS,
09429 Wolkenstein/Ortsteil Warmbad**

Herz- und Kreislauferkrankungen, orthopädische Erkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungstrakts, psychovegetative und psychosomatische Funktionsstörungen, Stoffwechselerkrankungen, Gesundheitswochen (Angebot des Fonds zur sozialen Sicherung).

Anschriften der Kostenträger

**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten
Hauptverwaltung**

- Rehabilitation –
Salv.-Allende-Str. 7
60487 Frankfurt am Main
Telefon 069 24703-386
Telefax 069 24703-380

Bezirksleitungen der KVB

**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten
Bezirksleitung Kassel**

Franz-Ulrich-Straße 12, 34117 Kassel
Telefon 0561 7813-0
Telefax 0561 7813-159

**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten
Bezirksleitung Münster**

Hafenstr. 62, 48153 Münster
Telefon 0251 6271-0
Telefax 0251 6271-159

**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten
Bezirksleitung Rosenheim**

Klepperstraße 1a, 83026 Rosenheim
Telefon 08031 4076-0
Telefax 08031 4076-159

**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten
Bezirksleitung Wuppertal**

Dessauer Str. 4, 42119 Wuppertal
Telefon 0202 4966-168
Telefax 0202 4966-132

**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten
Bezirksleitung Karlsruhe**

Südenstraße 44, 76135 Karlsruhe
Telefon 0721 8243-0
Telefax 0721 8243-159

Regionalgeschäftsstellen der BAHN-BKK
Kostenfreie Servicenummer: 0800 2246255

**BAHN-BKK - Regionalgeschäftsstelle
Nord-Ost Berlin**

Bornitzstraße 73-75, 10365 Berlin
Telefon 030 269460
Telefax 030 26946-999
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr. von 8-18 Uhr

**BAHN-BKK - Regionalgeschäftsstelle
Mitte-Ost Cottbus**

Calauer Straße 71, 03048 Cottbus
Telefon 0355 48590
Telefax 0355 4859999
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr. von 8-18 Uhr

**BAHN-BKK - Regionalgeschäftsstelle
Nord-West Münster**

Engelstraße 55, 48123 Münster
Telefon 0251 7473-0
Telefax 0251 7473-999
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr. von 8-18 Uhr

**BAHN-BKK - Regionalgeschäftsstelle
Mitte-West Frankfurt am Main**

Franklinstraße 54, 60486 Frankfurt am Main
Telefon 069 77079-0
Telefax 069 77079-999
eMail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Sa. von 8-18 Uhr

**BAHN-BKK - Regionalgeschäftsstelle
Süd Rosenheim**

Tegernseestraße 16, 83022 Rosenheim
Telefon 08031 2320-0
Telefax 08031 2320-999
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr. von 8-18 Uhr

Regionaldirektionen der KBS

Regionaldirektion Frankfurt

Galvanistraße 31, 60486 Frankfurt am Main
 Telefon 069 7430-0
 Telefax 069 7430-2888
 E-Mail frankfurt@kbs.de

Regionaldirektion Berlin

Wilhelmstraße 138 -139, 10963 Berlin
 Telefon 030 6137-600
 Telefax 030 613760-699
 E-Mail berlin@kbs.de

Regionaldirektion Bergheim

Knappschaftsallee 1, 50126 Bergheim
 Telefon 02271 762-0
 Telefax 02271 762-250
 E-Mail bergheim@kbs.de

Regionaldirektion Chemnitz

Jagdschänkenstraße 50, 09117 Chemnitz
 Telefon 0371 801-0
 Telefax 0371 801-3127
 E-Mail chemnitz@kbs.de

Regionaldirektion Cottbus

August-Bebel-Straße 85, 03046 Cottbus
 Telefon 0355 357-0
 Telefax 0355 357-18205
 E-Mail cottbus@kbs.de

Regionaldirektion Hamburg

Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg
 Telefon 040 30388-0
 Telefax 040 30388-1850
 E-Mail hamburg@kbs.de

Regionaldirektion Hannover

Siemensstraße 7, 30173 Hannover
 Telefon 0511 8079-0
 Telefax 0511 8079-139
 E-Mail hannover@kbs.de

Regionaldirektion München

Friedrichstraße 19, 80801 München
 Telefon 089 38175-0
 Telefax 089 38175-403
 E-Mail muenchen@kbs.de

Regionaldirektion Saarbrücken

St. Johanner Straße 46/48, 66111 Saarbrücken
 Telefon 0681 4002-0
 Telefax 0681 4002-1099
 E-Mail saarbruecken@kbs.de

Anschriften der Kliniken der Versicherungsträger

Klinik Königstein

Sodener Str. 43, 61462 Königstein
Telefon 06174 204-0
Telefax 06174 204509
E-Mail kaufm_verwaltung@kvb-klinik.de

Vital-Kliniken GmbH

Schloss-Klinik Sonnenbühl

Hammerbühlstr. 4, 78073 Bad Dür rheim
Telefon 07726 665-0
Telefax 07726 665-824
E-Mail info.sonnenbuehl@vital-kliniken.de

Vital-Kliniken GmbH Klinik

Buchenholm

Plöner Str. 20
23714 Bad Malente
Telefon 04523 987-0
Telefax 04523 987-520
E-Mail info.buchenholm@vital-kliniken.de

Vital-Kliniken GmbH

Klinik Dreizehnlinden

Bahnhofstr. 3, 33014 Bad Driburg
Telefon 05253/971-0
Telefax 05253/971-3588
E-Mail info.dreizehnlinden@vital-kliniken.de

Paul-Ehrlich-Klinik

Landgrafenstr. 2-8, 61348 Bad Homburg
Telefon 06172 128-0
Telefax 06172 128-638
E-Mail info@pe-klinik.de

Römerberg-Klinik

Schwärzestraße 20, 79410 Badenweiler
Telefon 07632 73-1
Telefax 07632 73-217
E-Mail Badenweiler-info@kbs.de

Chiemgau-Klinik

Geisenhausen 1, 83250 Marquartstein
Telefon 08641/629-0
Telefax 08641/61772
E-Mail chiemgau-klinik-info@kbs.de

Klinik Bad Driburg

Georg-Nave-Straße 28, 33014 Bad Driburg
Telefon 05253-831
E-Mail driburg-info@kbs.de

Klink Bad Neuenahr

Georg-Kreuzberg-Straße 2-6
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Telefon 02641 86-0
Telefax 02641 86-507
E-Mail knappschafts-klinik-neuenahr@t-online.de

Klinik Bad Soden-Salmünster

Knappschaftsweg 2
 63628 Bad Soden-Salmünster
 Telefon 06056 982-0
 Telefax 06056 982-689
 E-Mail kk.soden@t-online.de

Klinik Borkum

Boeddinghausstraße 25, 26757 Borkum
 Telefon 04922 301-0
 Telefax 04922 301-491
 E-Mail borkum-info@kbs.de

Reha-Zentrum prosper

Osterfelder Straße 157 b, 46242 Bottrop
 Telefon 02041 15-1740
 Telefax 02041 15-1739
 E-Mail reha-zentrum-prosper@kk-bottrop.de

Rehaklinik am Berger See

Adenauerallee 32
 45894 Gelsenkirchen
 Telefon 02 09 59 02-100
 Telefax 02 09 59 02-101
 E-Mail gesund@reha-am-see.de

Reha-Tagesklinik

Schloss Bietschied
 Bietschieder Straße 14
 66265 Heusweiler
 Telefon 06806 9537-0
 Telefax 06806 9537-13
 E-Mail rehabietschied@kk-puettingen.de

Klinik Warmbad

Am Kurpark 10
 09429 Wolkenstein/Ortsteil Warmbad
 Telefon 037369 83-0
 Fax 037369 83-319
 E-Mail knappschafts-klinik.warmbad@t-online.de

Hinweis:

Info-Materialien zu den einzelnen Kliniken (Hausprospekte etc.) können direkt abgefordert oder im Internet eingesehen werden.

Anschriften der ServicePunkte der BAHN-BKK

BAHN-BKK – ServicePunkt Hamburg

Hammerbrookstr. 44, 20097 Hamburg
Telefon 040 4719509-0
Telefax 040 4719509-20
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr von 8.00-18.00 Uhr

BAHN-BKK – ServicePunkt Dresden

Schlesischer Platz 1, 01097 Dresden
Telefon 0351 656807-0
Telefax 0351 656807-20
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr von 8.00-18.00 Uhr

BAHN-BKK – ServicePunkt Leipzig

Richard-Wagner-Str. 1, 04109 Leipzig
Telefon 0341 212039-0
Telefax 0341 212039-20
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr von 8.00-18.00 Uhr

BAHN-BKK – ServicePunkt Erfurt

Hirschlachufer 90-91, 99084 Erfurt
Telefon 0361 658586-0
Telefax 0361 658586-20
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr von 8.00-18.00 Uhr

BAHN-BKK – ServicePunkt Kassel

Wilhelmshöher Allee 260a, 34131 Kassel
Telefon 0561 310594-0
Telefax 0561 310594-20
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr von 8.00-18.00 Uhr

BAHN-BKK – ServicePunkt Frankfurt

Hauptbahnhof, 60329 Frankfurt am Main
Telefon 069 25612998-0
Telefax 069 25612998-20
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr von 08.00-18.00

BAHN-BKK – ServicePunkt München

Bayerstraße 16a, 80335 München
Telefon 089 5454389-0
Telefax 089 5454389-20
E-Mail service@bahn-bkk.de
Öffnungszeiten: Mo-Fr von 8.00-18.00 Uhr

Anschriften der Stiftung Bahn-Sozialwerk (BSW)

Fitnessaufenthalte

Region Nord

Telefon 040 1804822-53

Telefax 040 1804822-59

E-Mail Fitnessaufenthalte.nord@bsw24.de

Region Ost

Telefon 030 263931-51

Telefax 030 263931-56

E-Mail Fitnessaufenthalte.ost@bsw24.de

Region West

Telefon 069 809076-192

Telefax 069 809076-195

E-Mail Fitnessaufenthalte.west@bsw24.de

Region Süd

Telefon 0911 234218-13

Telefax 0911 234218-22

E-Mail Fitnessaufenthalte.sued@bsw24.de

Mutter Vater-Kind-Kuren

Stiftung Eisenbahn-Waisenhort (EWH)

Haus Möwennest

Hohe Straße 3, 17454 Zinnowitz

Telefon 038377 78-0

Telefax 038 377 78-213

E-Mail moewennest@bsw24.de

Geschäftsführung und Zentrale der Stiftungen BSW und EWH:

Münchener Straße 49

60329 Frankfurt am Main

Telefon 069 809076 150

Telefax 069 809076 155

E-Mail info@bsw24.de

Internet: www.bsw24.de

Versichertensprecher

Rainer Theunert

Zuständigkeitsbereich:
Sachsen-Anhalt / Leipzig / Berlin
Tel.: 0174-3247109

Udo Kummerow

Zuständigkeitsbereich:
Hamburg / Bremen / Schleswig-Holstein /
Niedersachsen
Tel.: 0172-6614089

Hans-Jürgen Dorneau

Zuständigkeitsbereich:
Nordrhein-Westfalen / Hannover
Tel.: 0160-5878157

Manfred Pferner

Zuständigkeitsbereich:
Thüringen
Tel.: 0174-3247111

Gerd Methling

Zuständigkeitsbereich:
Brandenburg-Nord /
Mecklenburg-Vorpommern / Berlin
Tel.: 0174-3247107

Rudi Ludwig

Zuständigkeitsbereich:
Baden-Württemberg / Südpfalz
Tel.: 0172-6723715

Erich Ulm

Zuständigkeitsbereich:
Baden-Württemberg / Würzburg /
Augsburg
Tel.: 0174-3247106

Ursula Fleischmann

Zuständigkeitsbereich:
Bayern
Tel.: 0160-1580006

Robert Prill

Zuständigkeitsbereich:
Nordrhein-Westfalen
Tel.: 0174-3247103

Vlatko Stark

Zuständigkeitsbereich:
Hessen / Saarland / Rheinland-Pfalz
Tel.: 0174-3247100

EVG Beitritts-/Übertrittserklärung

Mit Wirkung vom _____ erkläre ich hiermit meinen Beitritt / Übertritt zur Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG). Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der EVG an. Der Beitrag beträgt 1,0 Prozent vom Bruttoeinkommen ohne Anrechnung der Kinderzulagen, Sonderzuwendungen (13. Monatsgehalt) und Urlaubsgeld. Für Rentner/-innen und Ruhestandsbeamtinnen/-beamtete ohne Arbeitseinkommen und Arbeitslose/Erwerbslose 0,7 Prozent. Auszubildende oder Mitglieder in vergleichbaren Beschäftigungsverhältnissen zahlen von ihrer Auszubildendenvergütung 0,5 Prozent. Hinterbliebene zahlen monatlich 3,50 €. Gewünscht wird die Beitragszahlung im Lastschrifteinzug.

Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Zweckbestimmung des Mitgliedsverhältnisses elektronisch verarbeitet, genutzt und ggf. an Dritte (z.B. zum Zeitungsversand, für die Vermittlung von Versicherungsleistungen etc) weitergegeben werden. Ergänzend gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der jeweiligen Fassung.

Ich verzichte auf den im Gewerkschaftsbeitrag eingeschlossenen Privat-/Familien- und Wohnungs-Rechtsschutz nach § 11 der EVG-Satzung. Der entsprechende Anteil des Mitgliedsbeitrages wird mit meinem Beitrag verrechnet.

Name:	Vorname:	
Straße:	PLZ/Wohnort:	
Telefonnummer (freiwillige Angabe):	E-Mail (freiwillige Angabe):	
Geschlecht:	Geb. am:	Staatsangehörigkeit:
Arbeitgeber:	Betrieb/Dienststelle:	
Beschäftigungsbeginn:	Ausbildungsende:	Dienstbez./Tätigkeit:
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer*	<input type="checkbox"/> Beamte*	<input type="checkbox"/> Rentner*
	<input type="checkbox"/> Ruhestandsbeamte*	<input type="checkbox"/> Auszubildende*
		<input type="checkbox"/> Dual-Studierende*
Übertritt von:	Mitglied seit:	
Eingruppierung (Bitte unbedingt angeben):		
Entgelt-/Tarifgruppe:	Tarifstufe:	Std./Woche:
Einstufungsdatum:	Diff.-Z (ehem. ZU)p(EinZ):	ZUG/ZÜL:
<input type="checkbox"/> Vollzeit*	<input type="checkbox"/> Teilzeit: Prozent _____*	Monatliches Bruttoeinkommen: Euro
Nur für Beamte/Angestellte (BEV): BesoldungsGr.: _____ VergütungsGr.: _____ <input type="checkbox"/> Ledig (ohne Familienzuschlag)* <input type="checkbox"/> Verheiratet*		
Unterschrift Vorname und Name	Vorname und Name/Werber(in) / Mitglieds-Nr. * zutreffendes ankreuzen	

SEPA-Lastschriftmandat: Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87EVG0000123242 Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige die EVG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der EVG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mit einer Ankündigungsfrist von einem Tag vor Abbuchungstermin bin ich einverstanden. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:	DE ____ ____ ____ ____ ____ ____ IBAN	____ ____ ____ BIC
-----------------	--	---------------------------

Zum Mitglied abweichender Kontoinhaber: Vorname und Name (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
------------------------	--------------

Datum, Ort und Unterschrift (Vorname und Name):

EVG - Zentrale Berlin - Zentraler Mitgliederservice - Chausseestr. 84, 10115 Berlin

Tel.: (0 30) 42439046 – Telefax (0 30) 42439041 – E-Mail: mitgliederservice@evg-online.org - Internet: www.evg-online.org

DAMIT TRAUER NICHT AUCH NOCH TEUER WIRD.

Kostenaufstellung

Arztliche Beglaubigung
Restaurant
Todesanzeige
Kränze und Handsträuße
Sarggebilde
Trauerbriefe
Pfarrer und Redner
Trauerkleidung
Herrichten des Toten
Sarg
Grabstein
Beerdigung

12,80€
1.276,00€
360,84€
478,90€
289,00€
112,00€
1.000,00€



Der Tod verursacht Schmerzen und Leid.

Ein unangenehmes Thema. Dennoch sollten wir uns frühzeitig damit befassen. Damit Trauer nicht auch noch teuer wird. Denn hier kann jeder Vorsorge treffen.

Zum Beispiel mit der exklusiven Gruppen-Sterbegeldversicherung des BFW der EVG. Weiterhin günstige Beiträge durch Sondertarif und einfache Berechnung nach Eintrittsalter und gewünschter Versicherungssumme. Keine Gesundheitsprüfung und Anspruch auf eine gestaffelte Leistung bereits im 1. Versicherungsjahr! Volle Leistung dann ab dem 13. Monat nach Vertragsabschluss.

Ein wirklich überzeugendes Angebot. Und sollten Sie bereits über das EVG-BFW versichert sein: Überprüfen Sie doch einmal ihre Versicherungssumme.

Eine Anpassung ist jederzeit möglich.

KONTAKT

Bildungs- und
Förderungswerk der EVG e.V.
Weilburger Str. 24
D-60326 Frankfurt am Main

Tel.-Hotline: (069) 74349-50
Telefax: (069) 743495-55
www.bfw-evg.de

BFW
Bildungs- und Förderungswerk der EVG e.V.

BESTE LEISTUNGEN

Beitrittserklärung bitte zurücksenden an:

Bildungs- und Förderungswerk der EVG e.V.
Postfach 11 01 43 - 60036 Frankfurt am Main
Tel.: 069 - 74 34 95 0 Fax: 069 - 74 34 95 4



Bildungs- und Förderungswerk der EVG e.V.

Beitrittserklärung zur Gruppen-Sterbegeldversicherung (bis Alter 80) - Tarif VG9/2013

Bitte ankreuzen:
 Mitglied
 Familienangehörige/r

Zu versichernde Person	Name / Vorname	PLZ / Wohnort
EVG-Mitglied	Straße / Hausnummer	Geburtsdatum
Mitgliedsnummer	Bitte kreuzen Sie an: <input type="checkbox"/> weiblich <input checked="" type="checkbox"/> männlich	
	Versicherungsbeginn	Telefonnummer für Rückfragen
		E-Mail Adresse
Versicherungsumfang	Ich beantrage eine Versicherungssumme von: (ab 500,- bis 12.500,- Euro)	Versicherungssumme in € <input type="text"/>
		Monatlicher Beitrag in € <input type="text"/>
Mitgliedschaft	Ich beantrage die Mitgliedschaft im Bildungs- und Förderungswerk der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft e.V. und erkenne den Mitgliedsbeitrag von € 1,00 an (für regelmäßige Spender an das BFW verringert sich der Beitrag auf € 0,50).	zzgl. BFW Beitrag <input type="text" value="0,50"/>
		Lastschriftbetrag <input type="text"/>

SEPA-Lastschrift (bitte in jedem Fall ausfüllen)

Die versicherte Person ist Beitragszahler und erteilt ein neues SEPA-Lastschriftmandat (**Bitte anhängendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und unterschrieben mit der Beitrittserklärung zurücksenden**).

Die versicherte Person ist Beitragszahler und die bereits vorhandene Bankverbindung soll verwendet werden.

IBAN BIC

Der Beitragszahler ist nicht die versicherte Person und stimmt der Abbuchung zu (**Bitte hier unterschreiben und zusätzlich das anhängende SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und unterschrieben mit der Beitrittserklärung zurücksenden**).

Beitragszahler (Name, Vorname) Unterschrift Beitragszahler

Produktbeschreibung Die Versicherungsleistung wird beim Tod der versicherten Person fällig. Das Höchst Eintrittsalter beträgt 80 Jahre. Der Versicherer verzichtet auf eine Gesundheitsprüfung; stattdessen gilt beim Tod der versicherten Person im 1. Versicherungsjahr folgende Staffelung der Versicherungssumme: Bei Tod im 1. Monat: Rückzahlung des eingezahlten Beitrages; bei Tod im 2. Monat: Zahlung von 1/12 der Versicherungssumme; bei Tod im 3. Monat: Zahlung von 2/12 der Versicherungssumme usw.; allmonatlich um 1/12 der Versicherungssumme steigend bis zur vollen Versicherungssumme ab Beginn des 2. Versicherungsjahres. Stirbt die versicherte Person vor Ablauf des ersten Versicherungsjahres infolge eines im ersten Versicherungsjahr eingetretenen Unfalls, wird stets die volle Versicherungsleistung erbracht.

Unfalltod-Zusatzversicherung Eine Unfalltod-Zusatzversicherung ist stets eingeschlossen, außer bei den Eintrittsaltern ab 75 Jahren. Bei Tod infolge eines Unfalls vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet hat, wird die volle Versicherungssumme zusätzlich zur Sterbegeldleistung gezahlt.

Beitragszahlung Die Beiträge sind bis zum Ende des Monats zu entrichten, in dem die versicherte Person stirbt; längstens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das rechnungsmäßige 85. Lebensjahr vollendet.

Überschussbeteiligung Die vom Versicherer laufend erwirtschafteten Überschüsse werden in Form von Zins- und Grundüberschussanteilen weitergegeben. Die Zinsüberschussanteile werden verzinslich angesammelt und zusammen mit der Versicherungsleistung ausgezahlt. Die Grundüberschussanteile werden – je nach Vertragsgestaltung – entweder ebenfalls verzinslich angesammelt und zusammen mit der Versicherungsleistung ausgezahlt oder mit den zu zahlenden Versicherungsbeiträgen verrechnet.

Zuwendungserklärung Hiermit erkläre ich, dass die während meiner Mitgliedschaft auf die Sterbegeldversicherung anfallenden Grundüberschussanteile – entgegen dem Vorstehenden – dem BFW der EVG laufend zugewendet werden. Dadurch kommen diese Beträge wirtschaftlich nicht mir, sondern dem BFW der EVG zugute. Das BFW der EVG verwendet die Beträge zu 50 % für satzungsgemäße Aufgaben und zu 50 % zur Förderung der Sterbegeldeinrichtung (Kostendeckungsmittel). Über die Höhe der Zuwendungen gibt die Vereinigung auf Anfrage jederzeit Auskunft. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung Sie geben mit Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung die auf der Rückseite abgedruckte "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" ab. Nehmen Sie diese bitte zur Kenntnis. Sie umfasst:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DBV-ZN
 - 1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Angaben zur Zugehörigkeit zu Gewerkschaften, Verbänden und anderen Kooperationspartnern
 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
 - 2.1. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DBV-ZN
 - 3.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) bzw. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
- Bevor Sie diese Beitrittserklärung unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Hin-

Unterschriften

Ort / Datum Unterschrift der zu versichernden Person Unterschrift der Kontoinhaber/in des Kontoinhabers

Interne Angaben

Gruppenvertragsnummer	Personenkreis	Versicherungsscheinnummer	Versicherungssumme	Versicherungsbeginn
4 7 9 0		4 7		0 1 2 0 1 4

Widerrufsrecht

Widerrufsbelehrung auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Sie können Ihre Erklärung bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Eine Erklärung in Textform (z.B. per Brief, Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Zur Wahrung der

Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung, Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG, Frankfurter Str. 50, 65189 Wiesbaden. Sofern der vorseitig genannte Ver-

sicherungsbeginn vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, bin ich damit einverstanden, dass der erste oder einmalige Beitrag (Einfölsungsbeitrag) - abweichend von der gesetzlichen Regelung - vor Ablauf der Frist fällig d.h. unverzüglich zu zahlen ist.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung, Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG (im Weiteren DBV-ZN genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die DBV-ZN Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die DBV-ZN Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der DBV-ZN unerheblich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die DBV-ZN selbst (unter 1.),
- Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DBV-ZN (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DBV-ZN

Ich willige ein, dass die DBV-ZN die von mir in dieser Beitrittserklärung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Ich willige ein, dass die DBV-ZN, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilkonditionen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilkonditionen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

1.1 Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Angaben zur Zugehörigkeit zu Gewerkschaften, Verbänden und anderen Kooperationspartnern

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Zugehörigkeit zu Gewerkschaften, gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Unternehmen oder Verbänden (Kooperationspartner) ein, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes **willige ich in** die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten (Ärzten, Pflegepersonen, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Behörden) zur Leistungsprüfung ein.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die DBV-ZN an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die DBV-ZN tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DBV-ZN

Die DBV-ZN verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) bzw. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DBV-ZN führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DBV-ZN Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die DBV-ZN führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DBV-ZN erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dbv.de/Datenschutz eingesehen oder bei den in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DBV-ZN Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DBV-ZN meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die DBV-ZN dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Allgemeine Hinweise

Mir ist bekannt, dass die Vereinigung Versicherungsnehmerin ist. Sie handelt in meinem Auftrag. Ich bevollmächtige die Vereinigung zur Vertretung bei der Abgabe und Entgegennahme aller das Versicherungsverhältnis betreffenden Willenserklärungen (einschließlich der Kündigung der Sterbegeldversicherung beim Ausscheiden des Mitglieds aus der Vereinigung); die Vertretungsbefugnis erstreckt sich jedoch nicht auf die Empfangnahme von Versicherungsleistungen und die Änderung des Bezugsrechts.

Bei höherem Eintrittsalter können die zu zahlenden Beiträge in ihrem Gesamtbetrag die versicherte Leistung unter Umständen übersteigen.

Eine Durchschrift der Beitrittserklärung wird mir unverzüglich nach Unterzeichnung zugesandt.

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Soweit Vorteilkonditionen gewährt werden, die vom Bestehen der Mitgliedschaft zu einer Gewerk-

schaft/Vereinigung abhängig sind, erfolgt ein Datenabgleich mit dieser Organisation ohne Bekanntgabe der Versicherungsinhalte.

Die für Ihre Versicherung zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Postfach 1308, 53003 Bonn, Internet: www.bafin.de.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin.

Versicherungsträger

DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung
Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG
Sitz der Gesellschaft Köln (HR B Nr. 271)
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Jacques de Vauleroy

Vorstand: Dr. Thomas Buberl (Vors.), Dr. Andrea van Aubel,
Etienne Bouas-Laurent, Dr. Patrick Dahmen,
Wolfgang Hansmann, Jens Hasselbacher

Anschrift:
Frankfurter Straße 50
65189 Wiesbaden

Bildungs- und
Förderungswerk der EVG e.V.

Weilburger Straße 24,
60326 Frankfurt am Main

Telefon: (069) 743495-0
Telefax (069) 743495-55

www.bfw-evg.de
info@bfw-evg.de

BFW 
Bildungs- und Förderungswerk der EVG e.V.

