

Informationen zur Doppelversicherung

Gehört ein KVB-Mitglied oder ein mitversicherter Angehöriger gleichzeitig einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung an, so besteht eine Doppelversicherung nach § 29 Abs. 14 der KVB-Satzung, die im Erstattungsantrag unter dem Punkt „**Ansprüche aus gesetzlicher Krankenversicherung/anderen Rechtsvorschriften**“ stets anzugeben ist.

Eine Doppelversicherung im Sinne dieser Bestimmungen liegt nicht vor,

- wenn im Versicherungsvertrag die Vorleistung durch die KVB als Hauptversicherung zur Bedingung gemacht wird (KVB-Restkostenversicherung),
- bei einer Krankentagegeldversicherung,
- bei Mitgliedern und/oder Mitversicherten, die unter die Bestimmungen des § 29 Abs. 6 fallen, d.h. es besteht in Krankheits- und Geburtsfällen und bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten ein eigener Anspruch auf Leistungen (Beihilfen) gegen einen anderen Dienstherrn.

Bei einer Doppelversicherung sind § 29 Abs. 14 Nr. 2. a) grundsätzlich die Leistungen der anderen Krankenversicherung zuerst in Anspruch zu nehmen.

(Hiervon ausgenommen sind:

- Mitglieder und mitversicherte Ehegatten, deren Mitgliedschaft vor dem 01.07.1980 begründet worden ist und für die hierdurch das Wahlrecht nach § 34 Abs. 5 der Satzung besteht.
Für mitversicherte Kinder steht dieses Wahlrecht nicht zu, auch wenn eine KVB-Mitgliedschaft mind. eines Elternteils vor dem 01.07.1980 begründet wurde.
- Mitversicherte Kinder, die durch einen gesetzlich versicherten Elternteil Anspruch auf Familienkrankenhilfe nach § 10 SGB V oder vergleichbarer Regelungen haben.)

Nehmen Mitglieder oder deren mitversicherte Angehörige die andere Krankenversicherung satzungsgemäß zuerst in Anspruch, bezuschusst die KVB die nicht durch deren Zuschüsse gedeckten Anteile der Aufwendungen satzungs- und tarifgemäß.

Der Zuschuss der KVB ist hierbei auf die jeweilige Tarifleistung begrenzt, der Erstattungsbeitrag - ausgenommen Wochenhilfe und Sterbegeld - ggf. soweit zu kürzen, dass insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Aufwendungen erstattet werden.

Für die Prüfung, ob und in welcher Höhe die KVB Zuschüsse gewähren kann, ist es erforderlich, die Leistungen der anderen Krankenversicherung für jede Einzelrechnung nachzuweisen.

Im Rahmen der Doppelversicherung geltende Besonderheiten richten sich danach, wie die jeweilige Person anderweitig versichert ist. Dabei wird unterschieden zwischen

- **Privater Krankenversicherung (PKV)** (s. § 29 Abs. 14 Nr. 1)
- **Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV)** (z. B. AOK, BKK oder Ersatzkassen wie DAK, Barmer GEK)
 - **Pflichtversicherung** (§ 29 Abs. 14 Nr. 2a)
 - **Freiwillige Versicherung** (§ 29 Abs. 14 Nr. 2 b)
- **Doppelversicherung und Wahlrecht nach § 34 Abs. 5 der Satzung**

Aufgrund der Art des Versicherungsverhältnisses können im Rahmen der Doppelversicherung besondere Leistungsregelungen bestehen. Hierzu sind nachfolgende Hinweise zu beachten:

1) - Allgemeine Hinweise

Nicht zuschussfähig im Rahmen der Doppelversicherung sind, unabhängig vom jeweiligen Versicherungsverhältnis, Aufwendungen, die nach dem Tarif der KVB von der Erstattung ausgeschlossen sind. Neben den Leistungen, die bei den einzelnen Tarifstellen genannt sind, handelt es sich hierbei um Leistungen nach der „Ausschlussliste der KVB“.

2) - Einkommensgrenze für mitversicherte Ehegatten

Unabhängig von einer Doppelversicherung ist bei Leistungen der KVB für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften die Einkommensgrenze nach § 29a der Satzung in Höhe von **17.000 € / 18.000 €** zu beachten. Wird die Einkommensgrenze im Vorvorkalenderjahr vor Stellung des Erstattungsantrages überschritten, besteht für den Ehegatten kein Anspruch auf Fürsorgeleistungen des Dienstherrn. Aus diesem Grund wird - ausgenommen bei Wochenhilfe und Sterbegeld - nur der aus Beitragsmitteln gedeckte Anteil der jeweiligen Tarifleistung ausgezahlt.

3) - Hinweise bei Pflichtversicherung (§ 29 Abs. 14 Nr. 2a)

Beispiele für satzungsgemäße Leistungskürzungen, wenn Mitglieder oder ihre mitversicherten Angehörigen die ihnen aus ihrer Doppelversicherung zustehenden Erstattungs- bzw. Sachleistungsansprüche (Sachleistungen sind Leistungen, die Sie über Ihre Krankenversicherungskarte z.B. vom Arzt erbracht bekommen ohne selbst eine Rechnung zu erhalten) nicht in Anspruch nehmen:

- Kann der Leistungserbringer (z.B. Arzt, Physiotherapeut) eine Sachleistung der GKV erbringen, es wird jedoch eine Privatbehandlung vereinbart, wird der Zuschuss, ausgenommen bei Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen, auf **den aus Beitragsmitteln gedeckten Anteil** der Tarifleistung begrenzt.
- Der Leistungserbringer (z.B. Privatarzt ohne Kassenzulassung) kann Leistungen nicht als Sachleistung der GKV erbringen, obwohl sie zum Leistungskatalog der GKV gehören. Dann sind geleistete Zuschüsse der GKV in voller Höhe anzurechnen. **Wenn die GKV keinen Zuschuss leistet, Zuschüsse der GKV nicht nachgewiesen werden oder entsprechende Erstattungs- bzw. Sachleistungsansprüche nicht ermittelbar sind, werden die Aufwendungen fiktiv um 50 % gekürzt; Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind nicht zuschussfähig.**

Zuschüsse zu den Beträgen für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel, die über die Festbeträge nach dem SGB V hinausgehen, sind auf den aus Beitragsmitteln gedeckten Anteil der Tarifleistung begrenzt.

Beispiele für bei bestimmten Konstellationen nicht zuschussfähige Aufwendungen:

- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel. Das sind z. B. die vorgesehenen Zuzahlungen bei Beförderungskosten (TS 1), Arzneimitteln (TS 4), Behandlungen besonderer Art (TS 5), stationäre Behandlung (TS 8).

Bei nicht durch Zuschüsse der Kasse gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich nicht um Zuzahlungen bzw. Kostenanteile. Hierbei wird jedoch immer der höchstmögliche Festzuschuss der GKV (Stand 01.01.10: 65 v.H.) als gewährte Leistung angerechnet.

- Selbstbehalte, die von der GKV angerechnet werden, wenn bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V der Versicherte Wahltarife nach § 53 SGB V vereinbart hat.
- Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Mitgliedern und deren mitversicherten Angehörigen, die in der GKV pflichtversichert versichert sind, anstelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewährt wird.

Hierunter sind nicht Aufwendungen zu verstehen, die auf Leistungen beruhen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören, z.B. sogenannte IGEL-Leistungen.

4) - Doppelversicherung und Wahlrecht nach § 34 Abs. 5 der Satzung

Für Mitglieder oder deren mitversicherten Ehegatten mit Wahlrecht (Beginn der Mitgliedschaft vor dem 01.07.1980), gelten die Bestimmungen des § 29 Abs. 14 Nr. 2 nicht. Ausgenommen hiervon sind Leistungen nach Tarifstellen 8.9 bis 8.12 und Anlage 1 zum Tarif der KVB.

Insoweit brauchen diese Mitglieder oder deren mitversicherten Ehegatten die vorgenannten Hinweise unter **3) nur bei Leistungen nach Tarifstellen 8.9 bis 8.12 und Anlage 1 zum Tarif der KVB** zu beachten.

Sie finden diese Informationen auch im Internet unter www.kvb.bund.de.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB-Bezirksleitung

