

Änderung der Satzung der KVB (Nachtrag 6)
und des Tarifs der KVB (Nachtrag 6)
gültig ab 01.05.2023
und
der Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“
des Bundeseisenbahnvermögens
gültig ab 01.05.2023

Sehr geehrtes Mitglied,

die Vertreterversammlung und der Vorstand der KVB haben in ihren Sitzungen im Januar 2023 einige Änderungen zur Satzung und zum Tarif der KVB beschlossen.

Der **Nachtrag 6 zur Satzung**, vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsicht, und **der Nachtrag 6 zum Tarif** werden hiermit satzungsgemäß bekannt gegeben. Nachträge in gedruckter Form mit Austauschseiten werden nicht mehr automatisch verschickt, sind jedoch auf Bestellung erhältlich.

Bitte bestellen Sie den Ordner "Satzung und Tarif mit Ausschlussliste" als Gesamtausgabe nur dann, wenn Ihnen dieser nicht mehr vorliegt oder unbrauchbar geworden ist. Soweit Sie noch über einen brauchbaren Ordner verfügen, benötigen Sie nur die ggf. erforderlichen Nachträge.

Insofern Sie für die Nachträge bereits eine entsprechende Bestellung vorgenommen haben, sind die Austauschseiten zur Satzung / zum Tarif diesem Schreiben als Anlage beigelegt.

Andernfalls stehen Ihnen satzungsgemäß die entsprechenden Dokumente auf den Internetseiten der KVB zum Änderungstermin im sogenannten „PDF-Format“ zum Herunterladen, zum Drucken oder zur Ansicht zur Verfügung. Alle geänderten Textpassagen sind in den PDF-Dokumenten im Internet oder den bestellten Austauschseiten mit einem Randstrich gekennzeichnet.

Bitte beachten Sie auch unsere „KVB ServiceApp“.

Mit der "KVB ServiceApp" können Sie als Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten mobil Erstattungsanträge an die Krankenversorgung und Pflegeversicherung stellen bzw. sonstige Dokumente übermitteln.

Die App ist eine einfache und schnelle Alternative zur Einsendung eines Erstattungsantrags auf dem Postweg.

QR-Code App Store



QR-Code Play Store



Für telefonische Rückfragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter folgenden Rufnummern gerne zur Verfügung.

Karlsruhe	0721 8243-444	Rosenheim	08031 4076-180
Kassel	0561 7813-499	Wuppertal	0202 4966-222
Münster	0251 6271-333		

Mit freundlichen Grüßen

Ihre KVB

Hinweis:

Mittlerweile nutzen über 45.000 registrierte Nutzer den Zugriff auf die geschützten Informationen und Services, die wir unseren Mitgliedern mit unserem Webauftritt zur Verfügung stellen. Sie können auf personalisierte Anträge zugreifen, eine Bestätigung über den Eingang des Erstattungsantrages beauftragen, Erstattungszeiten und Beiträge einsehen.

Sollten Sie Interesse am Zugang zum geschützten Bereich des KVB-Webauftritts haben und noch nicht registriert sein, so können Sie auf der Webseite unter „Anmelden“ über „Vor der ersten Anmeldung müssen Sie sich einmalig hier registrieren“ einen Registrierungscode anfordern. Mit diesem können Sie eine einmalige Registrierung vornehmen und sich anschließend mit Ihrer Mitgliedsnummer und Ihrem eigenen Passwort sicher im System anmelden.

Im Wesentlichen ergeben sich aus den aktuellen Nachträgen zum 01.05.2023 folgende Änderungen / Ergänzungen:

Nachtrag 6 zur Satzung:

- **§ 19 Absatz 6 – Mitgliedschaft**

Ergänzung zur Einführung des Versicherten ausweises und der Gültigkeit des Mitglieds ausweises

- **Anhang IV (§ 28 Abs. 1)**

- Gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KVB im Oktober 2022 galten die mit Nachtrag 5 der Satzung zum 01.01.2023 veröffentlichten Beiträge vorbehaltlich einer möglichen Erhöhung auf Grund nach Drucklegung erfolgter Beschlüsse des Verwaltungsrats der BAHN-BKK zur Anpassung des individuellen Zusatzbeitrags für Rentner.

KVB-Beiträge ab 01.05.2023			
Mit mitversicherten Angehörigen		Ohne mitversicherte Angehörige	
Beitragsgruppe	Beitrag	Beitragsgruppe	Beitrag
1	183,60	51	122,30
2	195,50	52	130,20
3	200,60	53	133,70
4	216,00	54	143,90
5	231,50	55	154,20
6	246,90	56	164,50
7	262,30	57	174,80
8	277,70	58	185,10
9	293,20	59	195,30
10	308,60	60	205,60
11	324,00	61	215,90
12	339,50	62	226,20
13	354,90	63	236,50
14	370,30	64	246,70
15	385,80	65	257,00
16	401,20	66	267,30
17	442,40	67	294,70
		68	107,90

Nachtrag 6 zum Tarif

- **Tarifstelle 1.10**
Ergänzung der Ausweispflicht durch Einführung des Versichertenausweises

Die Informationsblätter

- zu Behandlungen im Ausland (T 1.2)
- zur Bezuschussung ambulanter ärztlicher Behandlung (T 2.1)
- zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen (T 2.4)
- zu Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten (T 4.1)
- zur Krankenhausbehandlung (T 8.1)

wurden neu aufgelegt.

Wir bitten Sie, den aktualisierten Informationsblättern besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Der Kurzwegweiser „Satzung, Tarif, Krankenversorgung“ für die Krankenversorgung und der Kurzwegweiser „Pflege“ für die Pflegeversicherung wurden zum 01.05.2023 neu aufgelegt. Als Broschüre im handlichen DIN-A 5-Format geben Ihnen die Kurzwegweiser einen Überblick über die wichtigsten Sachverhalte der jeweils geltenden Leistungsregelungen.

Wenn Sie bisher bereits die Kurzwegweiser zu den Leistungen der Krankenversorgung und/oder der Pflege dauerhaft bestellt haben, ist die jeweilige neue Ausgabe zum 01.05.2023 dieser Lieferung automatisch beigelegt.

Sie haben Satzung und Tarif als persönliches Druckstück bestellt und erhalten daher als Anlage zu unserem Schreiben vom April 2023 den Nachtrag 6 zur Satzung und den Nachtrag 6 zum Tarif, sowie die Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ des Bundeseisenbahnvermögens in gedruckter Form mit Austauschseiten.

Alle geänderten Textpassagen in Satzung und Tarif sind in den Austauschseiten mit einem Randstrich gekennzeichnet.

(Bitte das Anschreiben mit Anl. 1, 2 vor das Register 1 in den Ordner „Satzung und Tarif“ einheften.)

Austauschseiten:

Seiten entnehmen:	Anzahl Blatt	neue Seiten einfügen	Anzahl Blatt
----------------------	-----------------	-------------------------	-----------------

Satzung im Ordner unter Register Nummer 1

3 bis 6	2	3 bis 6	2
19 bis 22	2	19 bis 22	2
43 bis 44	1	43 bis 44	1
51 bis 54	2	51 bis 54	2
59 bis 60	1	59 bis 60	1

Tarif im Ordner unter Register Nummer 2

1 bis 2	1	1 bis 2	1
9 bis 10	1	9 bis 10	1
101 bis 102	1	101 bis 102	1

Informationsblätter im Ordner unter Register Nummer 4*

8	8
---	---

Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ im Ordner unter Register Nummer 5

1 bis 40	20	1 bis 38	19
----------	----	----------	----

Anzahl Blatt	
gesamt	39

Anzahl Blatt	
gesamt	38

***Anmerkung: Bitte ersetzen/ergänzen Sie die nachfolgenden Informationsblätter durch die neuen Ausgaben.**

-Verzicht auf die Zusendung bestellter Nachträge zu Satzung und Tarif-

Falls Sie ein persönliches **Druckstück** bestellt haben und dies künftig **nicht** mehr benötigen, weil Sie moderne Medien nutzen und daher künftig PDF-Dokumente als Download im Internet bevorzugen, haben Sie die Möglichkeit, die Zusendung von Nachträgen im Internet (www.kvb.bund.de) unter Service – Online-Dialog mit dem Formular [Verzicht auf Zusendung](#) wieder abzubestellen. Durch die gleichzeitige **Anmeldung zum Newsletter** im Internet (www.kvb.bund.de) unter Service – Newsletter mit dem Formular [Anmeldeformular](#) erreichen Sie, dass Sie dennoch auch künftig über alle Veröffentlichungen informiert werden.

Inhaltsverzeichnis zu den Informationsblättern

- T 1.2 - Informationen zu Behandlungen im Ausland
- T 2.1 - Informationen zur Bezuschussung ambulanter ärztlicher Behandlung
- T 2.4 - Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen
- T 4.1 - Informationen zu Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten
(Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)
- T 8.1 - Informationen zur Krankenhausbehandlung

Nachfolgend

Austauschblätter zu Satzung und Tarif

Geschäftsführung: Hauptverwaltung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)
Salvador-Allende-Straße 7, 60487 Frankfurt am Main

Verteilungsplan

Veröffentlichung im Internetauftritt der KVB, auf Anforderung Übersendung in Schriftform

Berichtigungen

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekannt gegeben durch	Gültig vom _____ an	Berichtigt am durch
1	Nachtrag 1	01.01.2019	eingearbeitet
2	Nachtrag 2	01.01.2020	
3	Nachtrag 3	01.01.2021	
4	Nachtrag 4	01.01.2022	
5	Nachtrag 5	01.01.2023	
6	Nachtrag 6	01.05.2023	

Inhaltsverzeichnis

Seite

I. Allgemeines	
§ 1 Zweck, Rechtsnatur, Sitz, Haftung	6
§ 2 Verwendung der Mittel	6
II. Verfassung	
§ 3 Organe	7
§ 4 Vertreterversammlung	8
§ 5 Aufgaben der Vertreterversammlung	10.1
§ 6 Vorstand	11
§ 7 Aufgaben des Vorstandes	13
III. Geschäftsführung	
§ 8 Hauptverwaltung	14
§ 9 Bezirksleitungen	15
§ 10 Beschwerdeausschüsse	16
§ 11 Rechnungs- und Wirtschaftsführung	17
§ 12 Rechnungsprüfung	17
§ 13 Jahresabschluss	17
§ 14 Pflichten des BEV; Personal- und Sachbedarf	18
§ 15 Festsetzung und Deckung des Personalbedarfs	18
§ 16 Personal- und Sachkosten	18
IV. Aufsicht, Bekanntmachungen	
§ 17 Aufsicht	19
§ 18 Satzungs- und Tarifänderungen	19
V. Mitgliedschaft und Mitversicherung	
§ 19 Mitgliedschaft	20
§ 20 Beginn der Mitgliedschaft	21
§ 21 Ende der Mitgliedschaft	21
§ 22 Mitversicherung des Ehegatten	23
§ 22a Mitversicherung von Lebenspartnern	24
§ 23 Mitversicherung von Kindern	25
§ 24 Fortsetzung der Mitgliedschaft	26
§ 25 Wiederaufnahme	28
§ 26 Wehrdienst, Zivildienst	28
VI. Einnahmen	
§ 27 Zuschüsse des BEV	29
§ 28 Beiträge	29
VII. Leistungen	
§ 29 Anspruch auf Leistungen	31
§ 29a Leistungen für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften	35
§ 30 Gewährung von Leistungen	37
§ 31 Ausschlussfrist, Übertragung, Aufrechnung	38
§ 32 Beschwerdeverfahren	39
VIII. Sonstiges	
§ 33 Auflösung	40
IX. Übergangs- und Schlussvorschriften	
§ 34 Übergangsbestimmungen	40
§ 35 Inkrafttreten	41

Verzeichnis der Anlagen

Anlage 1	KVB-Mitgliedsausweis	43
Anlage 2	KVB Versichertenalausweis	44

Verzeichnis der Anhänge

Anhang I	Berechnungsverfahren für die Aufteilung der Mitgliedervertreter	45
II	Bestimmungen für die Auswahl und Wahl der Mitgliedervertreter und deren Stellvertreter	47
III	Bestimmungen für die Wahlen der Mitgliedervertreter und deren Stellvertreter für den Vorstand	49
IV	Beitragstafel	51
V	Tarif	Sonderdruck

Stichwortverzeichnis

55

Verzeichnis der Abkürzungen

AnTV	= Tarifvertrag für die Angestellten des BEV
BBesG	= Bundesbesoldungsgesetz
BBG	= Bundesbeamtengesetz
BesHPR	= Besonderer Hauptpersonalrat bei der Präsidentin des BEV
BDG	= Bundesdisziplinalgesetz
BeamtVG	= Beamtenversorgungsgesetz
BEV	= Bundeseisenbahnvermögen
BHO	= Bundeshaushaltsordnung
BKGG	= Bundeskindergeldgesetz
BMDV	= Bundesministerium für Digitales und Verkehr
BPersVG	= Bundespersonalvertretungsgesetz
BVG	= Bundesversorgungsgesetz
DB	= Deutsche Bundesbahn
DB AG	= Deutsche Bahn AG
ENeuOG	= Eisenbahnneuordnungsgesetz
GPR	= Gesamtpersonalrat beim BEV
HPR	= Hauptpersonalrat bei der Präsidentin des BEV
IZV	= Internationaler Zahlungsverkehr
OEG	= Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten
PR	= Personalrat beim BEV
RVO	= Reichsversicherungsordnung
SGB	= Sozialgesetzbuch
WPfIG	= Wehrpflichtgesetz
ZDG	= Zivildienstgesetz

I. Allgemeines

§ 1

Zweck, Rechtsnatur, Sitz, Haftung

Zweck

1 - Die KVB ist eine betriebliche Sozialeinrichtung des BEV im Sinne des BPersVG. Im Auftrag des BEV erfüllt sie gegenüber Beamten des BEV, die bis zum 31.12.1993 nach Maßgabe der Satzung einen Fürsorgeanspruch gegenüber der Deutschen Bundesbahn hatten und beim BEV selbst eingesetzt oder gemäß Art. 2 § 12 Abs. 2 und 3 ENeuOG der DB AG zugewiesen sind, sowie gegenüber den Versorgungsberechtigten aus diesem Personenkreis, Fürsorgepflichten in Krankheits- und Geburtsfällen und bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, die dem BEV nach §§ 78, 80 BBG oder aus anderen Rechtsgründen obliegen. Sie gewährt ihren Mitgliedern Leistungen nach Satzung und Tarif.

Die KVB betreibt die Klinik Königstein der KVB sowie den Klinikfonds. Für die Klinik Königstein der KVB und den Klinikfonds können vom Vorstand im Einvernehmen mit dem Hauptgeschäftsführer und der Klinikleitung spezielle Regelungen (Geschäftsanweisungen) getroffen werden.

Bei möglichen Widersprüchen oder Lücken ist die Satzung einschlägig.

Einführungsbestimmung zu Abs. 1:

Die KVB erfüllt diese Fürsorgeverpflichtung auch gegenüber Personen, die nach § 19 Abs. 1 noch aufnahmeberechtigt sind.

Rechtsnatur

2 - Die KVB ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen sowie vor Gericht klagen und verklagt werden. Ausschließlicher Gerichtsstand ist ihr Sitz.

Sitz

3 - Die KVB hat ihren Sitz in Frankfurt (Main).

Haftung

4 - Für alle Verbindlichkeiten haftet nur das Vermögen der KVB.

§ 2

Verwendung der Mittel

Die Mittel der KVB dürfen nur zu satzungs- und tarifgemäßen Leistungen sowie zur Be-
streitung solcher Kosten verwendet werden, die für die Durchführung ihrer Aufgaben
notwendig sind.

IV. Aufsicht, Bekanntmachungen

§ 17

Aufsicht

Gesetzliche Aufsicht

1 - Die allgemeine Aufsicht über die KVB führt das BMDV, die fachliche Aufsicht die Präsidentin des BEV. Sie beteiligt den HPR und den BesHPR an der Aufsichtsführung nach den Bestimmungen des BPersVG.

Genehmigung

2 - Änderungen der Satzung einschließlich der Beitragstafel bedürfen der Genehmigung des BMDV.

Beschlossene Satzungsänderungen sind über die Präsidentin des BEV, die das Mitbestimmungsverfahren nach dem Bundespersonalvertretungsgesetz (BPersVG) durchführt, vorzulegen.

Änderungen des Tarifs bedürfen der Genehmigung der Präsidentin des BEV unter Mitbestimmung nach dem BPersVG. Zu Tarifänderungen, die allein aus Beitragsmitteln finanziert werden, darf die Genehmigung nur dann versagt werden, wenn die Tarifänderung gegen bestehendes Recht verstößt.

§ 18

Satzungs- und Tarifänderungen

Änderungen der Satzung einschließlich der Beitragstafel und des Tarifs werden den Mitgliedern schriftlich an die vom Mitglied benannte und bei der KVB gespeicherte Anschrift bekannt gegeben. Die jeweils gültige Fassung wird im Internetauftritt der KVB veröffentlicht. Bei Bedarf kann eine Übersendung der jeweils aktuellen Gesamtausgabe in Schriftform angefordert werden.

Jede Änderung soll den Tag des Inkrafttretens bestimmen. Fehlt eine solche Bestimmung, so treten sie mit Ablauf des 14. Tages nach schriftlicher Bekanntgabe in Kraft.

V. Mitgliedschaft und Mitversicherung

§ 19

Mitgliedschaft

1 - Der Bestand der KVB ist nach Maßgabe des Gesetzes zur Neuordnung des Eisenbahnwesens (ENeuOG) geschlossen.

Aufnahmeberechtigt sind noch:

- a) Witwen und Witwer, wenn der beamtenrechtliche Fürsorgeanspruch vom BEV erfüllt wird,
- b) beurlaubte und abgeordnete Beamte nach Ende der Beurlaubung/Abordnung, wenn ein beamtenrechtlicher Fürsorgeanspruch gegenüber dem BEV besteht,
- c) fürsorgeberechtigte Personen, bei denen eine bestehende Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenkasse aufgrund gesetzlicher Änderung nach dem 31.12.1993 endet.

Eine Aufnahme des Mitglieds infolge der Ausübung des Wahlrechts nach § 22 Abs. 5 bleibt unberührt.

Antrag

2 - Die Aufnahme erfolgt nur auf Antrag. Der Antrag ist bei einer Bezirksleitung der KVB zu stellen. Vordrucke hierzu gibt die KVB unentgeltlich ab.

Frist

3 - Die Aufnahme muss innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Aufnahmeberechtigung oder der erneuten Aufnahmeberechtigung beantragt werden. Die Antragsfrist beginnt mit dem Tage der Ernennung, bei rückwirkender Ernennung mit dem Tage der Aushändigung der Ernennungsurkunde, nicht jedoch bei Ernennung lediglich auf Widerruf.

Zuständigkeit

4 - Über die Aufnahme entscheidet die KVB nach Organisationsplan.

Verspätete Aufnahme

5 - Wird die Aufnahme erst nach Ablauf eines Jahres seit Eintritt der Aufnahmeberechtigung beantragt, so ist für jedes angefangene Jahr seit Eintritt der Aufnahmeberechtigung ein Aufnahmegeld in Höhe eines Monatsbeitrages nach der Beitragstafel zu entrichten. Das Aufnahmegeld wird mit der ersten Beitragszahlung fällig. Als Höchstbetrag werden 6 Monatsbeiträge erhoben.

Satzung, Tarif, Versichertenausweis, Mitgliedsausweis

- 6 -
- a) Jedes Mitglied erhält bei der Aufnahme unentgeltlich Zugang zu Satzung und Tarif über den Internetauftritt der KVB. Auf Anforderung ist eine aktuelle Gesamtausgabe in Schriftform unentgeltlich erhältlich.
 - b) Mitglieder und mitversicherte Angehörige erhalten unentgeltlich einen Versichertenausweis, der beim Ausscheiden zurückzugeben ist.
 - c) Bereits ausgegebene Mitgliedsausweise behalten ihre Gültigkeit, bis sie von der KVB durch einen Versichertenausweis ersetzt werden und sind bei Ersatz oder Ausscheiden durch den Versicherten zurückzugeben.

7 - bleibt frei *)

***) § 19 Abs. 7 in der Fassung gültig bis zum 31.05.2008**

Geschiedene Ehegatten

7 - Aufnahmeberechtigt sind auch frühere Ehegatten, deren Ehe mit dem Mitglied nach dem 30.6.1977 unter Zubilligung von Unterhaltsansprüchen geschieden ist, wenn

- a) ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz oder ein anderweitiger gleichwertiger Anspruch auf Heilbehandlung nicht besteht und auch nicht erlangt werden kann,
- b) eine gleichwertige private Krankenversicherung nicht besteht oder nicht erlangt werden kann.

Der Nachweis, dass der frühere Ehegatte privaten Krankenversicherungsschutz nicht erlangen kann, ist durch ablehnende Bescheide von zwei privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erbringen. Die Aufnahme muss innerhalb von drei Monaten nach Rechtskraft des Scheidungsurteils beantragt werden. Im Übrigen gelten Abs. 2, 4 und 6.

Ruhen der Mitgliedschaft

8 - Ist das Mitglied nach § 21 Abs. 1 d) 2. beurlaubt und erlischt der Anspruch auf Krankheitsfürsorge nach § 92 BBG, weil das Mitglied berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten wird oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 SGB V hat, kann auf Antrag die Mitgliedschaft in der KVB für die Dauer der Beurlaubung ruhen. Gleiches gilt für Mitglieder, die mit der gleichen Zweckbestimmung von einer anderen Einrichtung beurlaubt wurden.

§ 20

Beginn der Mitgliedschaft

Zeitpunkt

1 - Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem der Aufnahmeantrag nachweislich bei einer Bezirksleitung eingegangen ist, falls die Aufnahme nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt beantragt wird, der aber nicht später als sechs Monate nach dem Eingang des Antrags liegen darf.

Übertritt

2 - Wird ein in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherter in das Beamtenverhältnis übernommen, so beginnt die Mitgliedschaft abweichend von Abs. 1 mit dem Tage der Aushändigung der Ernennungsurkunde, wenn der Aufnahmeantrag nachweislich innerhalb von 14 Tagen bei einer Bezirksleitung eingegangen ist.

§ 21

Ende der Mitgliedschaft

Gründe

1 - Die Mitgliedschaft endet

- a) durch den Tod des Mitgliedes,
- b) durch Ausscheiden des Mitgliedes aus dem Dienst des BEV
 1. bei Beamten, sofern sie weder Ruhegehalt noch sonstige Versorgungsbezüge durch das BEV erhalten (siehe auch Abs. 2),
 2. bei angestelltenversicherungspflichtigen Angestellten, sofern sie weder Rente wegen Erwerbsminderung noch Altersruhegeld erhalten,
 3. bei Angestellten, die von der Versicherungspflicht befreit sind, sofern ihr Ausscheiden nicht auf Gründen beruht, die bei unterstellter Versicherungspflicht zur Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung oder von Altersruhegeld führen würde,

4. bei hauptamtlichen Ärzten des BEV, sofern sie keine Versorgung nach dem Bahnarztvertrag erhalten,
- c) durch Verlust des Anspruchs des Mitglieds auf Bezüge, Ruhegehalt oder sonstige Versorgungsbezüge, Witwen- oder Witwergeld mit dem letzten Tage des Bezuges (siehe auch Abs. 2); das gilt nicht, wenn die Versorgungsbezüge nur wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden,
 - d) bei Abordnung oder Beurlaubung unter Wegfall des Anspruchs auf Bezüge gegen das BEV; dies gilt nicht
 - 1. bei Elternzeit nach der Mutterschutz- und Elternzeitverordnung (MuSchEltZV),
 - 2. bei Beurlaubung wegen Kindererziehung oder der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, soweit das Mitglied während der Beurlaubung Anspruch auf Leistungen der Krankheitsfürsorge nach § 92 des Bundesbeamtengesetzes (BBG) hat (s. § 19 Abs. 8),
 - 3. soweit für Wehr- oder Zivildienstleistende die Mitgliedschaft nach § 26 ruht,
 - 4. bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.
 - e) bei Witwen oder Witwern von Angestellten des BEV mit der Wiederverheiratung,
 - f) sofern ehemalige Angestellte eine rentenversicherungspflichtige Tätigkeit aufnehmen,
 - g) bei Waisen mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Fortsetzung der Mitgliedschaft,
 - h) durch Austritt mit dem Tage des Wirksamwerdens der Austrittserklärung,
 - i) durch Ausschluss mit dem im Ausschlussbescheid bestimmten Tage,
 - k) durch Eintritt der Versicherungspflicht von Angestellten in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht begonnen hat; beginnt die Versicherungspflicht am Ersten eines Monats, dann endet die Mitgliedschaft mit dem Ende des Vormonats,
 - l) durch Verlegen des Haushaltes in das Ausland aus persönlichen Gründen, wenn das BEV keine Bezüge mehr zahlt,
 - m) bei Mitgliedern nach § 19 Abs. 7 in der bis zum 31.05.2008 geltenden Fassung mit einer Wiederverheiratung oder sobald ein gesetzlicher Krankenschutz oder ein anderweitiger gleichwertiger Anspruch auf Heilbehandlung besteht oder erlangt werden könnte (z. B. in der Krankenversicherung der Rentner). Sie kann danach nicht wieder begründet werden.

Besondere Fälle

2 - Der Unterhaltsbeitrag nach dem BDG und der Gnadenunterhaltsbeitrag gelten nicht als Ruhegehalt oder sonstige Versorgungsbezüge im Sinne von Abs. 1b Ziffer 1 und Abs. 1c.

Austritt

3 - Der Austritt ist einer Bezirksleitung der KVB schriftlich anzuzeigen; er wird wirksam mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige bei dieser Bezirksleitung eingeht.

Ausschlusszwang

4 - Ausgeschlossen werden muss, wer vorsätzlich oder grob fahrlässig - insbesondere durch Verfälschung von Unterlagen oder Vorspiegelung einer Krankheit - missbräuchlich Leistungen in Anspruch genommen oder den Versuch hierzu unternommen oder bei einem solchen Versuch mitgewirkt hat.

Für schuldhaftes Verhalten mitversicherter Angehöriger hat das Mitglied grundsätzlich wie für eigenes zu haften.

Über den Ausschluss wird die für das betreffende KVB-Mitglied personalrechtlich zuständige Dienststelle des BEV unter Angabe der Gründe unterrichtet.

KVB Mitgliedsausweis



KRANKENVERSORGUNG
DER BUNDESBAHNBEAMTEN

Mitgliedsausweis

Muster Musterfrau

11-11 XXX XXX
Mitgliedsnummer

III
Beitragsklasse

01.01.1906
Geburtsdatum

Bezirksleitung Kassel, Franz-Ulrich-Str. 12
34117 Kassel, Tel.: (0561) 7813-0

Ausweispflicht!

Bitte legen Sie bei allen Behandlungen und auch bei einer Aufnahme ins Krankenhaus Ihren Mitgliedsausweis vor, um die Anwendung bestehender Verträge sicherzustellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bei der KVB versichert sind.

Unterschrift des Karteninhabers

Hinweis für den Finder:

Bitte senden Sie den Ausweis an die Adresse der umseitig genannten Bezirksleitung.

KVB Versichertenausweis

 **KRANKENVERSORGUNG**
DER BUNDESBÄHNBEAMTEN
Bezirksleitung Kassel
Versichertenausweis

11-11-XXXXXX
Mitgliedsnummer

III
Beitragsklasse

Vorname1234567891234Name1234567891234567
Versicherte(r)

A123456789
Krankenversicherungsnummer

XX.XX.XXXX
Geburtsdatum

Ausweispflicht!

Bitte legen Sie bei allen Behandlungen und auch bei einer Aufnahme ins Krankenhaus Ihren Versichertenausweis vor, um die Anwendung bestehender Verträge sicherzustellen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bei der KVB versichert sind.

Unterschrift des Karteninhabers

Im Falle des Auffindens an folgende Adresse senden:
Bezirksleitung Kassel, Franz-Ulrich-Str. 12-34117 Kassel
Tel.: (0561) 7813-0

Beitragstafel

Der Beitrag beträgt ab 1. Mai 2023

- für Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen 8,15 %
- für Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige 5,43 %

eines Betrages, der sich aus der Summe von Grundgehalt Besoldungsgruppe A 7, Überleitungsstufe zu Stufe 8, der am 31.12.2022 geltenden Überleitungstabelle für die Besoldungsordnung A zuzüglich Familienzuschlag Stufe 1 der am 31.12.2022 geltenden Bundesbesoldungsordnung A ergibt, vermindert um den Anteil der jährlichen Sonderzahlung. Hierfür ist der Betrag um 10,42 € zu vermindern und mit dem Faktor 0,9524 zu multiplizieren.

Der hiernach sich ergebende Beitrag wird für Mitglieder

in Besoldungs- und Vergütungsgruppen	mit einem Hebesatz = von	Beitragsgruppe mit/ohne Angehörige
A 1/X	70,00 %	1 - 51
A 2/X	74,51 %	2 - 52
A 3/IXb	76,47 %	3 - 53
A 4/IXa	82,35 %	4 - 54
A 5/VIII	88,24 %	5 - 55
A 6/VII	94,12 %	6 - 56
A 7/VIb/VIa	100,00 %	7 - 57
A 8/Vc	105,88 %	8 - 58
A 9/Vb/Va	111,76 %	9 - 59
A 10/IVb	117,65 %	10 - 60
A 11/IVa	123,53 %	11 - 61
A 12/C1/III/IIb	129,41 %	12 - 62
A 13/IIa	135,29 %	13 - 63
A 14/Ib und Bahnärzte	141,18 %	14 - 64
A 15/C2/Ia und Bahnärzte	147,06 %	15 - 65
A 16/C 3 und Bahnärzte	152,94 %	16 - 66
B/C4/Angestellte nach § 28 Abs. 4 d und Bahnärzte	168,63 %	17 - 67
Waisen	61,76 %	68

des Eckmann Beitrags vom 1. Mai 2023 an eingehoben. Der Einhebungsbetrag für jede Beitragsgruppe ist auf volle 10 Cent auf- oder abzurunden; er wird gemäß § 18 der Satzung bei jeder Beitragsänderung bekannt gegeben.

Werden Bezüge unter Vorbehalt einer späteren gesetzlichen Regelung gezahlt, so ist der Beitrag in der Höhe zu entrichten, wie er sich nach Änderung der Besoldungsordnung A ergeben wird; bezüglich des unter Vorbehalt geleisteten Anteils der Bezüge ist auch der Beitrag insoweit unter Vorbehalt zu entrichten; sonst ist er zu erstatten.

Angestellte, deren Grundvergütung sich aufgrund entsprechender tarifvertraglicher Bestimmungen nach der nächstniedrigeren Vergütungsgruppe bestimmt, zahlen Beiträge nach der Beitragsgruppe, die der für die Grundvergütung maßgebenden Vergütungsgruppe entspricht.

Als Bemessungsgrundlage für die Beitragsgruppeneinstufung der Mitglieder, die keine Bezüge nach dem BBesG oder den dessen Besoldungsgruppen entsprechenden Vergütungsgruppen erhalten, gilt ein auf volle fünfzig Euro abgerundeter Betrag, der sich aus dem jeweiligen Endgrundgehalt der Besoldungsgruppen der Besoldungsordnung A, zuzüglich Familienzuschlag Stufe 1 ergibt.

Anzurechnen ist das steuerpflichtige Einkommen des Mitglieds. Urlaubs- und Weihnachtsgeld sowie Zulagen, die nicht in Bezug auf das Amt oder die Stellung gewährt werden, werden nicht angerechnet.

Es ist mindestens der Beitrag nach der Beitragsgruppe zu erheben, der das Mitglied zuletzt angehört hat.

Die für die Beitragsgruppeneinstufung maßgebenden Beträge sind bei jeder Änderung der Besoldungsordnung A von der Hauptverwaltung der KVB neu festzusetzen.

Erhöht sich das Einkommen des Mitglieds aufgrund einer Ernennung, Beförderung oder Höhergruppierung, ändert sich die Beitragsgruppe entsprechend.

Informationsblatt KVB-Beiträge ab dem 01. Mai 2023*

Mit mitversicherten Angehörigen		Ohne mitversicherte Angehörige	
Beitragsgruppe	Betrag Euro	Beitragsgruppe	Betrag Euro
1	183,60	51	122,30
2	195,50	52	130,20
3	200,60	53	133,70
4	216,00	54	143,90
5	231,50	55	154,20
6	246,90	56	164,50
7	262,30	57	174,80
8	277,70	58	185,10
9	293,20	59	195,30
10	308,60	60	205,60
11	324,00	61	215,90
12	339,50	62	226,20
13	354,90	63	236,50
14	370,30	64	246,70
15	385,80	65	257,00
16	401,20	66	267,30
17	442,40	67	294,70
		68	107,90

(*nicht Bestandteil der Satzung)

**Informationsblatt Bemessungsgrundlage für die Einstufung in Beitragsgruppen
gem. § 28 Abs. 3 / Anhang IV der Satzung der KVB (Stand 01.04.2022)***

Einkommen bis Euro	Beitragsgruppe
2.700,00	2 / 52
2.800,00	3 / 53
2.950,00	4 / 54
3.050,00	5 / 55
3.200,00	6 / 56
3.450,00	7 / 57
3.700,00	8 / 58
4.000,00	9 / 59
4.450,00	10 / 60
4.950,00	11 / 61
5.450,00	12 / 62
6.050,00	13 / 63
6.550,00	14 / 64
7.400,00	15 / 65
8.200,00	16 / 66
mehr als 8.200,00	17 / 67

Aktualisierungen nach Drucklegung finden Sie auf der Internetseite
www.kvb.bund.de unter Krankenversorgung/Beiträge

(*nicht Bestandteil der Satzung)

	§	Abs.
Tod des Mitglieds		
Ende der Mitgliedschaft	21	1
Fortsetzung der Mitgliedschaft durch den Ehegatten	24	1
U		
Übergangsbestimmungen	34	
Unfall		
Arbeitsunfall	29	11
Abtretung von Ersatzansprüchen	29	13
Dienstunfall	29	8
Meldung	29	12
Schulunfall	29	11
V		
Verlegung des Haushalts in das Ausland	21	1
Verpfändung des Anspruchs auf Leistungen	31	2
Versicherten ausweis	19	6
Vertreterversammlung	4	
Amtszeit	4	3
Aufgaben	5	
außerordentliche Sitzung	4	8
Beschlüsse	4	12
Beschlussfähigkeit	4	10
Konstituierende Sitzung	4	4
Sitzungen	4	6
Vorstandsmitglieder	4	9
Vorsitzender, Stellvertreter, Alternierung	4	5
Wahl	4	2
Zusammensetzung	4	1
Vorstand	6	
Amtszeit	6	3
Aufgaben	7	
Ausschüsse	7	3
Beschlüsse	6	7
Beschlussfähigkeit	6	5
Sitzungen	6	4
Vorsitzender, Stellvertreter, Alternierung	6	2
Wahl	6	1
Zusammensetzung	6	1
Zuständigkeit	7	2
W		
Wahl		
der Mitgliedervertreter in der Vertreterversammlung	4	2
der Mitgliedervertreter im Vorstand	6	1
des stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes	6	2
Waisen		
Beitragsgruppe	28	4
Beginn der Mitgliedschaft	24	3

	§	Abs.
Wehrdienst		
Beitrag während des -	28	5
Wiederaufnahme	25	
Witwe(r)		
Fortsetzung der Mitgliedschaft	24	1

Z

Zahlung		
des Erstattungsbetrages an den Rechnungsaussteller	30	8
der Beiträge	28	6,7,8
Zivildienst	26	
Beitrag während des -	28	5
Zuschlag zum Beitrag	28	2
Zuschüsse des BEV	27	



**Tarif
der
Krankenversorgung
der
Bundesbahnbeamten**

Gültig vom 1. Januar 2019 an

Benachrichtigung nach Art. 13 DSGVO:

Zur Erledigung ihrer Aufgaben bedient sich die KVB automatisierter Verfahren (EDV).

Wir weisen darauf hin, dass die erhobenen Daten nur im Rahmen ihrer Zweckbestimmung und im Einklang mit der aktuellen Datenschutzgesetzgebung (DSGVO, BDSG) gespeichert, verarbeitet oder genutzt werden.

Detaillierte Informationen finden Sie im Internet unter www.kvb.bund.de.

Gerne senden wir Ihnen diese auch auf Anfrage als Ausdruck zu.

Geschäftsführung: Hauptverwaltung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Verteilungsplan

Veröffentlichung im Internetauftritt der KVB, auf Anforderung Übersendung in Schriftform.

Dieser Tarif ersetzt die Ausgabe vom 01.01.2009.

Berichtigungen

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekannt gegeben durch	Gültig vom _____ an	Berichtigt am durch
1	Nachtrag 1	01.01.2020	
2	Nachtrag 2	01.01.2021	
3	Nachtrag 3	01.04.2021	
4	Nachtrag 4	01.04.2022	
5	Nachtrag 5	01.01.2023	
6	Nachtrag 6	01.05.2023	

Verträge, Ausweispflicht

1.10 - Um die Einhaltung bestehender Verträge zu sichern und um geldliche Nachteile zu vermeiden, sind alle Versicherten verpflichtet, sich beim Arzt, beim Psychotherapeuten, bei psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, beim Zahnarzt, im Krankenhaus bzw. beim Chefarzt und bei den Leistungserbringern für Heilmittel vor Beginn einer Behandlung durch Vorzeigen des Mitgliedsausweises oder Versichertenausweises auszuweisen, und zwar Versicherte der

- Beitragsgruppen 1-4, 51-54 und 68 als Versicherte der Beitragsklasse I,
- Beitragsgruppen 5-6 und 55-56 als Versicherte der Beitragsklasse II,
- Versicherte der Beitragsgruppen 7-10 und 57-60 als Versicherte der Beitragsklasse III und
- Versicherte der Beitragsgruppen 11-17 und 61-67 als Versicherte der Beitragsklasse IV.

Behandler, Ort der Behandlung (TS 1.11 - 1.14)

Arztwechsel

1.11 - Für ein und denselben Krankheitsfall werden Rechnungen mehrerer Ärzte nicht anerkannt, es sei denn, dass der behandelnde Arzt das Hinzuziehen eines weiteren Arztes für notwendig hielt oder zu erkennen ist, dass ein vollständiger Arztwechsel stattgefunden hat.

1.12 - bleibt frei

Ausland

1.13 - Aufwendungen für im Ausland durchgeführte Behandlungen gelten wie im Inland entstanden, wenn die Behandlung in einem Mitgliedsstaat der EU durchgeführt wurde. Wurde die Behandlung außerhalb der EU durchgeführt, werden Aufwendungen nur in der Höhe anerkannt, wie sie bei einer gleichartigen Behandlung im Inland entstanden wären. Welche vergleichbaren Aufwendungen im Inland entstanden wären, hat das Mitglied im Zweifel nachzuweisen.

Ein Kostenvergleich findet nicht statt für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zu 1.000 € je Krankheitsfall oder wenn das Mitglied oder ein mitversicherter Angehöriger zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen musste.

Wegen stationären Krankenhausbehandlungen im Ausland s. TS 8.4.

Rechnungsbeträge, die nicht in Euro ausgewiesen sind, werden grundsätzlich am Tage der Antragsbearbeitung nach dem von der „Reisebank AG“ zur Verfügung gestellten Umrechnungskurs umgerechnet, es sei denn, das Mitglied weist einen anderen, zum Zeitpunkt der Behandlung gültigen Umrechnungskurs nach.

Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen.

Allen Rechnungen und Belegen über Aufwendungen von mehr als 1.000 €, die in ausländischer Sprache verfasst sind, ist auf Kosten des Mitgliedes eine Übersetzung beizufügen. Bis 1.000 € ist eine kurze Erklärung des Mitglieds über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

Bescheinigungen, Gutachten

1.14 - Zu den Aufwendungen für Bescheinigungen ärztlichen, zahnärztlichen oder sonstigen medizinischen Inhalts werden nur dann Zuschüsse nach der jeweiligen Leistungstafel gezahlt, wenn ihre Vorlage durch die besonderen Umstände des Krankheitsfalles notwendig wird (vgl. aber Satzung § 25).

Mehraufwendungen für nicht von der KVB geforderte Gutachten sind nicht zuschussfähig.

Darüber hinaus sind nach LT Nr. 01 100 zuschussfähig:

- Aufwendungen für Bescheinigungen und Gutachten ärztlichen, zahnärztlichen oder sonstigen medizinischen Inhalts, deren Vorlage von der KVB gefordert wird,
- Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit/ -fähigkeit für den Dienstherrn des Mitglieds.

Tarifstellenübergreifende Leistungen (TS 1.15 - 1.29)

Nicht genehmigte Heilkur, stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung, kurähnliche Behandlung

1.15 - Bei Durchführung von kurähnlichen Maßnahmen (auch sog. freie Badekuren) oder von der KVB nicht genehmigter Heilkuren, stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen werden zu den Kosten der ärztlichen Behandlung sowie zu den vom Arzt verordneten Heilmitteln und der Heilbehandlungen besonderer Art tarifgemäße Zuschüsse nach den Tarifstellen 2, 4 und 5 gezahlt. Zu Pauschalrechnungen werden keine Zuschüsse gezahlt (vgl. TS 1.1).

Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurkarte und für die Beförderung sind nicht zuschussfähig.

Leistungen bei bestimmten Erkrankungen

1.16 - Zu den Aufwendungen für

- die Dialysebehandlung,
- die Behandlung der Tuberkuloseerkrankung,
- die Behandlung der Blutererkrankung sowie
- bestimmte Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen

werden Zuschüsse in abweichender Höhe gezahlt. Maßgebend für Art und Umfang der Zuschüsse in abweichender Höhe sind die Leistungstafeln der jeweiligen Tarifstelle.

R

Radioaktive Stoffe	86
Rechnungen	
- in ausländischer Sprache	10
- nicht in Euro	10
- nachträgliche Ermäßigungen	7
Rehabilitationsmaßnahmen	82
Rehabilitationssport	44, 57
Reparatur	
- von Brillen	60, 63-65
- von Hilfsmitteln	74, 77

S

Schutzimpfung	21
Schwangerschaft	14, 87, 88
Schwangerschaftsabbruch	88
Sehhilfen	59
- schwere Sehbeeinträchtigung	62
- vergrößernde	62, 66
Sondennahrung	35
Soziotherapie	45, 57
Spende von Gewebe und Blutbestandteilen	18.1
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	18
Sportbrille	59, 63-65
Stationäre Krankenhausbehandlung	79
Stationäre Rehabilitationsmaßnahme und Anschlussheilbehandlung (AHB)	
- ohne Genehmigung des Dienstherrn	10
- vom Dienstherrn genehmigt	82
Stationäre Versorgung in Hospizen	18
Sterbegeld	91
Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie	52, 53
Stoma	70, 71, 78
Strahlentherapie	11, 14, 22.1, 26, 67, 72, 86
Systemische Therapie	21

T

Tbc-Behandlung	20, 26, 36, 57, 66, 78, 95
Therapeutische Sehhilfen	62
Thermalbäder	40
Tönung	60, 63-65
Totgeburten	89

U

Überführung einer Leiche oder Urne	91
Übergangspflege im Krankenhaus	81
Unterhaltung von Hilfsmittel	74
Unterkunft bei auswärtiger ambulanter Behandlung	24
Unterweisung zur Geburtsvorbereitung/Rückbildungsgymnastik	88

V

Vater-Kind-Kur	82, 85
Verbandmittel	33
Verhaltenstherapie	21
Verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen	41
Versichertenausweis.....	9
Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.....	18.1
Verträge	7, 9
Vorhänger zu Brillen	59, 60
Vorsorgemaßnahmen	5, 23, 27
Vorübergehende häusliche Krankenpflege	39

W

Wärmebehandlung	51
Wahlleistung bei stationärer Krankenhausbehandlung	79, 81, 84
Wiederholter Bezug von Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten	35
Wochenhilfe	89

Z

Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz	27
Zuschüsse zu den Aufwendungen	5
Zuschussfähige Aufwendungen.....	5
Zuschussfähige Hilfsmittel	67
Zuschusskürzung	5



Informationen zu Behandlungen im Ausland

Allgemeines

Die Berechnung von ärztlichen Leistungen im Ausland erfolgt nach anderen Grundsätzen und in einzelnen Ländern zum Teil auf wesentlich höherem Preisniveau als dies im Inland der Fall ist. Zudem können Aufwendungen z. B. für den Rücktransport an den Wohnort anfallen, deren Bezuschussung nach dem Tarif der KVB nicht möglich ist.

Es empfiehlt sich daher bei allen Auslandsreisen, diese Risiken durch eine zusätzliche private Auslandsreisekrankenversicherung - wie sie von verschiedenen Versicherern angeboten wird - abzusichern.

Leistungen der KVB

KVB-Versicherten werden auch Zuschüsse zu den Kosten einer medizinisch notwendigen Behandlung im Ausland gewährt. Derartige Aufwendungen gelten wie im Inland entstanden, wenn die Behandlung in einem Mitgliedsstaat der EU durchgeführt wurde. Die Zuschusshöhe richtet sich nach den geltenden Tarifbestimmungen der jeweiligen Tarifstelle. Für innerhalb der Europäischen Union entstandene zuschussfähige Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern (Tarifstellen 1.13 bzw. 8.4) wird kein Kostenvergleich durchgeführt, d. h. die Aufwendungen gelten grundsätzlich als zuschussfähig. Dies gilt sowohl bei plötzlicher Erkrankung und bei Unfällen während eines Urlaubs als auch bei einer geplanten Heilbehandlung (Massagen, Bäder usw.).

Das Vereinigte Königreich (Großbritannien / Nordirland) hat die EU zum 01.02.2020 verlassen und die vertragliche Übergangsphase ist zum 31.12.2020 ausgelaufen. Ab 01.01.2021 können dort entstehende Aufwendungen grundsätzlich nur noch als Leistungen außerhalb der EU bezuschusst werden.

Aufwendungen für Leistungen außerhalb der EU werden in der Höhe als zuschussfähig anerkannt, wie sie bei einer gleichartigen Behandlung im Inland entstanden wären. Welche vergleichbaren Aufwendungen im Inland entstanden wären, hat das Mitglied im Zweifel nachzuweisen. Ein Kostenvergleich findet ausnahmsweise nicht statt für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zu 1.000 € je Krankheitsfall oder wenn das Mitglied oder ein mitversicherter Angehöriger zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen musste.

KVB-Mitgliedsausweis, KVB Versichertenausweis, Auslandskrankenschein

Zu beachten ist, dass KVB-Versicherte auch im Ausland als Selbstzahler gelten und die Kosten zunächst „vor Ort“ begleichen müssen. Das Vorzeigen des Mitgliedsausweises / Versichertenausweises ist nicht erforderlich. Die KVB ist nicht dem "Deutschen Sozialversicherungsabkommen mit ausländischen Staaten" angeschlossen.

Es werden daher keine Auslandskrankenscheine, Berechtigungsscheine usw. ausgegeben.

Schutzimpfungen

Aufwendungen für die von der ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen werden bezuschusst. Impfungen aus Anlass privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union über die für den Aufenthalt innerhalb der EU vorgesehenen hinaus sind nicht zuschussfähig.

Krankenhausbehandlung

Eine direkte Abrechnung der Aufwendungen für eine stationäre Behandlung ist zwischen der KVB und den Krankenhäusern im Ausland grundsätzlich nicht möglich.

Behandlungen besonderer Art

Die Aufwendungen für Behandlungen besonderer Art (Massagen, Bäder usw.) sind auch zuschussfähig, wenn sie von einem Arzt im Ausland schriftlich verordnet werden.

Heilbehandlungen bei Durchführung von kurähnlichen Maßnahmen

Kurähnliche Maßnahmen, auch sog. „freie Badekuren“, können von Versicherten der KVB ohne besondere Genehmigung durchgeführt werden.

Hierbei ist folgendes zu beachten:

- Es gelten auch hier grundsätzlich die Bestimmungen der Tarifstelle 5,
- der Leistungserbringer muss nach den ausländischen Bestimmungen qualifiziert und zur Berufsausübung zugelassen sein (z.B. als Krankengymnast, Masseur, med. Bademeister),
- die schriftliche ärztliche Verordnung muss Art, Zahl und Menge der notwendigen Behandlungen sowie die Diagnose enthalten,
- wird die Behandlung im Hotel/Kurhotel durchgeführt, muss die vom Hotel erstellte Rechnung neben den grundsätzlichen Angaben (s.u. „Rechnungen“) eine Rechnungsnummer sowie einen Arztstempel und die Unterschrift des Arztes mit beinhalten,
- **nicht anerkannt werden** Pauschalrechnungen, Bescheinigungen, Bestätigungen, Preislisten, Verzeichnisse oder Quittungen,
- Pauschalarrangements (Kurpakete/Kurpauschalen), Fahrtkosten, Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie die Kurtaxe sind nicht zuschussfähig.

Fahrtkosten

Bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen im Ausland werden Fahrtkosten vom Aufenthaltsort zur nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsstätte und zurück nach den Bestimmungen der Tarifstelle 1.17 als zuschussfähig anerkannt. Fahrtkosten für den Rücktransport an den Wohnort oder in ein wohnortnahes Krankenhaus werden nicht bezuschusst.

Rechnungen

Im eigenen Interesse sollte darauf geachtet werden, dass die Rechnungen folgende Angaben enthalten:

- Name, Vorname des Behandelten,
- Tag, Anzahl und Art der Behandlungen,
- Diagnose sowie
- Einzel- und Gesamtpreis.

Zu Rechnungen und Belegen über Aufwendungen von mehr als 1.000 €, die in ausländischer Sprache verfasst sind, ist auf Kosten des Mitglieds eine Übersetzung beizufügen. Bis 1.000 € ist eine kurze Erklärung des Mitglieds über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

Rechnungsbeträge in ausländischer Währung werden grundsätzlich am Tage der Antragsbearbeitung nach dem von der „Reisebank AG“ zur Verfügung gestellten Umrechnungskurs umgerechnet, es sei denn, das Mitglied weist einen anderen, zur Zeit der Behandlung gültigen Umrechnungskurs nach.

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

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die tariflichen Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zur Bezuschussung ambulanter ärztlicher Behandlung



Allgemeines

Die Vergütungen der beruflichen Leistungen der Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bestimmen sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

Die Gebühren für ärztliche Leistungen werden nach der GOÄ berechnet. Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten rechnen ihre Leistungen gemäß GOP ebenfalls nach der GOÄ ab. Die Höhe des Honorars richtet sich nach den Honorarbestimmungen der GOÄ.

Für Versicherte der **Beitragsklasse IV** gelten folgende Sätze:

- 1-fach bis 2,3-fach des Gebührensatzes für persönliche ärztliche Leistungen,
- 1-fach bis 1,8-fach des Gebührensatzes für medizinisch-technische Leistungen und besondere Gebühren nach Abschnitt A der GOÄ sowie
- 1-fach bis 1,15-fach des Gebührensatzes für Laborleistungen.

Ein Überschreiten dieser Sätze bis zum Höchstsatz (3,5-fach / 2,5-fach / 1,3-fach) ist zwar zulässig, muss aber in jedem Fall schriftlich in der Rechnung begründet werden. Darüber hinaus muss die Rechnung zwingend die Angabe der Krankheit enthalten. Die Vergütung wird zur Zahlung fällig, wenn dem Versicherten eine der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Die Bezahlung der Rechnung kann nicht von der vorherigen Zahlung des Erstattungsbetrages durch die KVB abhängig gemacht werden.

Vertrag KVB / KBV

Die KVB hat auf dieser Grundlage einen Vertrag mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geschlossen. Kernpunkt des Vertrages sind Vereinbarungen, welche die Höhe des ärztlichen Honorars in bestimmten Bereichen für die Mitglieder der **Beitragsklassen I bis III** im Rahmen der GOÄ/GOP regeln.

Vergütung nach dem Vertrag KVB / KBV

Für Versicherte der **Beitragsklassen I – III** gelten folgende vertraglich festgelegten Sätze:

- 1-fach bis **2,2-fach** des Gebührensatzes für persönliche ärztliche Leistungen,
- 1-fach bis 1,8-fach des Gebührensatzes für medizinisch-technische Leistungen und besondere Gebühren nach Abschnitt A GOÄ sowie
- 1-fach bis 1,15-fach des Gebührensatzes für Laborleistungen.

Ein Überschreiten dieser Sätze ist nicht zulässig.

Vertragsgeschützte Mitglieder haben ein verlängertes Zahlungsziel von 6 Wochen. Die Bezahlung der Rechnung kann nicht von der vorherigen Zahlung des Erstattungsbetrages durch die KVB abhängig gemacht werden.

Um die Vorteile aus dem Vertrag zwischen der KVB und der KBV nutzen zu können, sollten Sie im eigenen Interesse beim ärztlichen Leistungserbringer den KVB-Mitgliedsausweis / KVB Versichertenausweis vor Behandlungsbeginn vorlegen. Sofern Sie den KVB-Mitgliedsausweis / KVB Versichertenausweis einmal nicht bei sich tragen, geben Sie bitte Ihre KVB-Beitragsklasse an.

Honorarvereinbarungen

Sofern ein Arzt den Gebührenrahmen der GOÄ bzw. die Sätze des bestehenden Vertrages KVB / KBV überschreiten möchte, liegt es im Ermessen der Mitglieder, ob Sie dem zustimmen. Die KVB kann entsprechend den geltenden Tarifbestimmungen jedoch nur Zuschüsse in der Höhe gewähren, die sich unter Anwendung der Sätze der GOÄ bzw. der vertraglich festgelegten Sätze ergeben.

KVB-Zuschüsse zu ambulanten ärztlichen / psychotherapeutischen Behandlungen

Bei ambulanter Behandlung wird ein Zuschuss in Höhe von 90% der nach der GOÄ oder dem Vertrag nach anzuerkennenden Gebühren gewährt. Abweichend hiervon beläuft sich der Zuschuss für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, bei ambulanter Strahlen- oder Chemotherapie und bei ambulanten Operationen (aus Abschnitt C VIII der GOÄ für den Operationstag und höchstens die drei nachfolgenden Behandlungstage) auf 100% der anzuerkennenden Aufwendungen.

Leistungseinschränkungen und Leistungsausschlüsse

- Leistungen auf Verlangen des Patienten
Leistungen, die über das Maß der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen und / oder auf Verlangen des Patienten erbracht werden (entsprechende Leistungen sind nach GOÄ in der Rechnung zu kennzeichnen), sind nicht zuschussfähig.
- Ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
Nicht bezuschusst werden, unabhängig von deren Nennung in der Ausschlussliste der KVB, Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren.
- Heilpraktiker
Rechnungen von Heilpraktikern und vom Heilpraktiker verordnete Arznei- / Verbandmittel sind nicht zuschussfähig.

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

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die tariflichen Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen



Allgemeines

Die Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach den Bestimmungen der Tarifstelle (TS) 2.6 zuschussfähig.

Welche Zuschüsse zahlt die KVB zu den Früherkennungs- u. Vorsorgemaßnahmen?

Unter folgenden Voraussetzungen sind die Aufwendungen nach LT Nr. 02 350 zu 100% zuschussfähig:

- Die durchgeführten Maßnahmen sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten und
- eine nach TS 1.1 erforderliche Diagnose („Früherkennung“ oder „Vorsorge“) ist auf der Rechnung enthalten.

Es werden ausschließlich die unter „Früherkennungsmaßnahmen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ aufgelisteten Nummern (Nrn.) aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 100% bezuschusst.

Werden im Rahmen einer reinen Früherkennungs-/Vorsorgemaßnahme (Diagnose „Früherkennung“ oder „Vorsorge“) weitere, nicht in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltene, ärztliche Früherkennungsmaßnahmen durchgeführt, sind diese nach LT Nr. 02 110 mit 90% zuschussfähig (siehe unter „Weitere Früherkennungsmaßnahmen außerhalb der Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses“).

Enthält eine Rechnung sowohl Leistungen über allgemeine ärztliche Behandlung als auch Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, wird der Zuschuss im Sinne der LT Nrn. 02 110 (90%) und 02 350 (100%) entsprechend aufgeteilt.

Früherkennungsmaßnahmen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Früherkennungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

Bei Kindern bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres sind die Aufwendungen für 12 Untersuchungen (U1 bis U11) zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden (vgl. Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses), zu 100% zuschussfähig. Darunter fallen die Nummern 25, 26, 250a, 401, 404, 413, 3511, 3758, 4030 sowie 4117 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Bei Jugendlichen sind die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden (vgl. Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses), zu 100% zuschussfähig. Hierbei handelt es sich um eine Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) für Jugendliche zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze) sowie eine erweiterte Jugendgesundheitsuntersuchung (J2) für Jugendliche zwischen dem vollendeten 16. und vollendeten 17. Lebensjahr. Darunter fallen die Nummern 26, A 26 und 3562 bis 3564 der GOÄ.

2. Früherkennungsmaßnahmen für Erwachsene

Bei Frauen und Männern sind folgende Aufwendungen mit den dazugehörigen GOÄ-Nummern für Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (vgl. Krebsfrüherkennungs-Richtlinien und Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme des Gemeinsamen Bundesausschusses) nach LT Nr. 02 350 zu 100% zuschussfähig:

- Früherkennungsmaßnahmen, die nur bei **Frauen** durchgeführt werden:
 - Jährliche Untersuchung der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung. Darunter fallen die Nrn. 27, 298, 1070, A 3571 o. A 3650 o. A 3735 o. A 3736, 4780, 4783, 4785, 4815 und 4851 der GOÄ.
 - Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening alle zwei Jahre. Darunter fallen die Nrn. 60 oder A 60, 5265, 5266 sowie 5298; zusätzlich bei Abklärungsdiagnostik von Verdachtsfällen die Nrn. 1, 5 oder 7, ggf. 34, 60 oder A 60, 75, 314, A 314, 418, A 418, 420, A 420, 490, 4810, 5265, 5266, A 5266, 5267, A 5267, A 5290 sowie 5298 der GOÄ.
- Früherkennungsmaßnahmen, die nur bei **Männern** durchgeführt werden:
 - Jährliche Untersuchung des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung. Darunter fallen die Nrn. 28 und A 3571 oder A 3650 oder A 3735 oder A 3736 der GOÄ.
- Früherkennungsmaßnahmen, die bei **Frauen und Männern** durchgeführt werden:
 - Jährliche Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom. Darunter fallen die Nrn. 1, 7, 11, 250, 451 oder 452, 687, 688, 689, 690, 705, 3500 oder 3650 (nicht neben 27/28), 3530 oder 3607, 3550, A 3571 oder A 3650 oder A 3735 oder A 3736, 4800 oder 4802, A 5298, A 5381, A 5382 sowie A 5383 der GOÄ.
 - Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (Hautkrebsscreening = visuelle, standardisierte Ganzkörperinspektion) alle zwei Jahre. Darunter fallen die Nrn. 1 oder 3, 7, A 612 oder A 624 oder 750; zusätzlich bei Abklärungsdiagnostik von Verdachtsfällen die Nrn. 490, 2403, 4800, 4810 sowie 4811 der GOÄ.

Bei **Frauen und Männern** sind außerdem alle drei Jahre die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung zum Ausschluss von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (vgl. Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) nach LT Nr. 02 350 zu 100% zuschussfähig. Darunter fallen die Nrn. 29, 250, A 612 oder 750, 3511 oder 3652, 3514 oder 3560, 3562 bis 3564, 4380, 4381, 4406, 4408, 4643, 47 – 4783, 4785 und für ein einmalige Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen die Nrn. 401 und 410 der GOÄ.

Die Aufwendungen der vorgenannten ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebskrankheiten sowie die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene sind **ohne Altersbegrenzung** zuschussfähig.

Weitere Früherkennungsmaßnahmen außerhalb der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Weitere, im Rahmen einer reinen Früherkennungs-/Vorsorgemaßnahme durchgeführte und

nicht in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltene ärztliche Maßnahmen sind nach LT Nr. 02 110 (90%) zuschussfähig. Dies sind:

- PSA-Test bei Männern (Nr. 3908 GOÄ),
- gynäkologische Ultraschalluntersuchung bei Frauen (Nrn. 410, 418 u. 420 GOÄ),
- Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe (Nr. 651 GOÄ) sowie
- eine „Glaukom-Früherkennungsuntersuchung“; sofern diese eine gleichzeitige Untersuchung des Sehnervs am Augenhintergrund mit dem Augenspiegel (Nr. 1242 GOÄ) oder binokular am Spaltlampenmikroskop (Nr. 1240 GOÄ) sowie die Messung des Augeninnendrucks (Nr. 1256 GOÄ) umfasst. Eine alleinige Augeninnendruckmessung (Nr. 1256 GOÄ) ist nicht zuschussfähig.

Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen

- Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit familiärem Brust- oder Eierstockkrebsrisiko.

Die hierbei entstandenen Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, genetische Analyse sowie Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind als Pauschalen in folgendem Umfang nach LT Nr. 02 350 zu 100% zuschussfähig, wenn diese Untersuchungen in einem im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentrum erbracht werden:

- Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung:
Pro Familie eine einmalige Pauschale in Höhe von 900 Euro. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die Beratung weiterer Familienmitglieder.
- Genanalyse:
Eine Pauschale in Höhe von 4.500 Euro für eine an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) sowie eine Pauschale in Höhe von 250 Euro, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Person handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird (prädiktiver Gentest).
- Strukturiertes Früherkennungsprogramm:
Eine Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm in Höhe von 580 Euro einmal pro Jahr. Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der zuschussfähigen Pauschalen.
- Ausgewiesene Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs:
Berlin (Charité-Universitätsmedizin Brustzentrum), die Universitätskliniken in Dresden, Düsseldorf, Erlangen, Frankfurt, Freiburg, Göttingen, Greifswald, Halle, Hamburg, Heidelberg, Kiel, Köln/Bonn, Leipzig, Mainz, München, Münster, Regensburg, Tübingen, Ulm, Würzburg sowie die medizinische Hochschule in Hannover.

- Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko.

Aufwendungen für die Risikofeststellung, interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik, genetische Analyse sowie Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen des Programms sind als Pauschalen in folgendem Umfang nach LT Nr. 02 350 zu 100% zuschussfähig, wenn diese Untersuchungen in einer Universitätsklinik des Verbundprojekts „Deutsches Konsortium Familiärer Darmkrebs“ erbracht werden:

- Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung:
Einmalig ein Pauschalbetrag in Höhe von 600 Euro. Aufwendungen für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom bekannt ist, eine Pauschale in Höhe von 300 Euro.

- Tumorgewebsdiagnostik:
Aufwendungen für die Untersuchung am Tumorgewebe in Höhe von 500 Euro. Ist das Ergebnis eindeutig negativ, sind weitere Untersuchungen nicht zuschussfähig.
- Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation):
Für Aufwendungen bei einem Indexfall oder bei Vorliegen der Voraussetzungen bei einem ratsuchenden Verdachtsfall in Höhe von 3.500 Euro. Aufwendungen für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation in Höhe von 350 Euro.
- Früherkennungsmaßnahmen:
Unter der Voraussetzung, dass ein Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom vorliegt, sind Aufwendungen für eine jährliche endoskopische Früherkennung des Magendarmtrakts einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien in Höhe von 540 Euro zuschussfähig.
- Kliniken des Verbundprojekts:
Unikliniken Berlin, Bochum, Dresden, Düsseldorf, Halle, Heidelberg, Köln, Leipzig, Lübeck, München, Münster, Tübingen, Ulm und Wuppertal, Institut für Humangenetik Bonn und die Medizinische Hochschule Hannover

Für nähere Informationen zu den Voraussetzungen der Zuschussfähigkeit sowie der Zuordnung der Kosten wenden Sie sich bitte vor Beginn der Maßnahmen an Ihre zuständige KVB-Bezirksleitung!

- Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz.
Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütungen zuschussfähig, die zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbart wurden.
- Beratung und Untersuchung zur medikamentösen Präexpositionsprophylaxe von HIV.
Bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen der ärztlichen Beratung zu Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV und Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, zuschussfähig.
Darunter fallen die Nrn. 3, 7, 75, 30a, 3585.H1, 4381, 4393, 4395, 4402, 4406, 4408, 4409, 4524, 4541, 4642 und 4643 der GOÄ.

Benötigen KVB-Versicherte Kranken- oder Berechtigungsscheine?

Nein. Alle in der KVB Versicherten sind dem Arzt gegenüber Selbstzahler; für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten werden daher keine Kranken- oder Berechtigungsscheine benötigt. Wichtig ist jedoch, dass sich KVB-Versicherte durch Vorzeigen des Mitgliedsausweises / Versichertenausweises vor Behandlungsbeginn ausweisen.

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

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die tariflichen Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Informationen zu Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)

Allgemeines

➤ Arzneimittel

Die Zuschussfähigkeit richtet sich grundsätzlich danach, ob es sich um verschreibungspflichtige oder um apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt.

Bitte beachten Sie, dass bei zuschussfähigen Arzneimitteln mit Festbetrag grundsätzlich nur der Festbetrag zuschussfähig ist.

Einzelheiten können Sie dem besonderen Informationsblatt „*Informationen zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zu zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln*“ entnehmen.

➤ Medizinprodukte (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)

Medizinprodukte sind generell nur noch zuschussfähig, wenn sie in der Anlage V zur Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) aufgeführt sind und die dort genannten Voraussetzungen („medizinisch notwendige Fälle“) erfüllt sind. Erforderlich sind die Angabe der Diagnose und der Verwendungszweck.

Sollten Sie Verordnungen für in der Anlage V zur AM-RL aufgeführte Medizinprodukte erhalten, so bitten wir Sie, sich ggf. von Ihrem Arzt die Verordnungsfähigkeit nach den Bestimmungen der AM-RL Anlage V auf unserem Formular „*Ärztliche Bescheinigung zur Verordnung von Medizinprodukten (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)*“ bescheinigen zu lassen.

➤ Versandkosten

Gesondert ausgewiesene Versandkosten sind nicht zuschussfähig.

Auf Rezepten müssen von der abgebenden Apotheke gemäß § 4 AMRabattG (Gesetz über Rabatte für Arzneimittel) das Apothekenkennzeichen (IK-Nummer), das Abgabedatum, die Pharmazentralnummer (PZN) und der Abgabepreis **in maschinenlesbarer Form** übertragen sein, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden.

Für im Inland bezogene Rezepte ohne die vorgenannten Angaben oder mit handschriftlicher Taxierung besteht dementsprechend kein Anspruch auf eine Zuschussung.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Verschreibungspflichtige Arzneimittel werden grundsätzlich bezuschusst. **Keine Zuschüsse** werden geleistet für solche verschreibungspflichtigen Arzneimittel, deren Einsatz im Wesentlichen durch die private Lebensführung bedingt ist oder die aufgrund ihrer Zweckbestimmung insbesondere

- nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,
- zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,
- zur Behandlung von Befunden angewendet werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist oder
- zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewendet werden, deren Behandlung in der Regel medizinisch nicht notwendig ist.

Ausgeschlossen sind danach insbesondere Arzneimittel

- zur Behandlung von sexuellen Dysfunktionen (z.B. der erektilen Dysfunktion), Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, Raucherentwöhnung, Abmagerung oder Zügelung des Appetits, Regulierung des Körpergewichts, Verbesserung des Haarwuchses, Verbesserung des Aussehens.

Diese Arzneimittel sind in einer Übersicht als Anlage II zur Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses zusammengefasst. Mit dem Informationsschreiben der KVB-HV zu den ab 01.01.2005 geltenden Tarifänderungen wurde Ihnen die seinerzeit gültige Fassung übersandt;

- für die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist bzw. die unzweckmäßig sind oder für die eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem therapeutischen Nutzen verfügbar ist.

Diese Arzneimittel sind in einer Übersicht als Anlage III zur AM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses zusammengefasst:

2. - Alkoholentwöhnungsmittel	33. - Insulinanaloge (schnell wirkend)
11. - Antidiabetika, orale	33a. - Insulinanaloge (lang wirkend)
13. - Antidysmenorrhöika	39. - Prostatamittel
19. - traditionell angewendete Arzneimittel gemäß §109a AMG oder traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a AMG	43. - Saftzubereitungen für Erwachsene
21. - Clopidogrel (Monotherapie)	50. - Glinide
21a. - Clopidogrel (Kombinationstherapie)	

Mit dem Informationsschreiben der KVB-HV zu den ab 01.01.2013 geltenden Tarifänderungen wurde Ihnen die seinerzeit gültige Fassung übersandt.

Bitte beachten Sie, dass die KVB zu den lfd. Nrn.

- 33. Rabattverträge mit den Pharmafirmen Lilly Deutschland, Novo Nordisk und Sanofi Aventis und
- 33a. Rabattverträge mit den Pharmafirmen Lilly Deutschland, Novo Nordisk, und Sanofi Aventis abgeschlossen hat.

Die Präparate dieser Hersteller sind insoweit weiter uneingeschränkt zuschussfähig (jedoch keine Reimporte).

Daneben ist, soweit keine Mehrkosten zu vergleichbaren Insulinanaloga entstehen, das Präparat Semglee der Firma Viatrix Healthcare zuschussfähig.

Nicht Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind generell von der Versorgung ausgeschlossen und können ausnahmslos nicht mehr bezuschusst werden.

Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen und können nur noch in folgenden Ausnahmefällen bezuschusst werden:

- Bei Verordnungen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern eine Entwicklungsstörung vorliegt. Definitionsgemäß werden bei einer Entwicklungsstörung „erhebliche körperliche,

seelische oder geistige Abweichungen von der Altersnorm“ vorausgesetzt (z.B. Down-Syndrom); das Vorliegen dieser Voraussetzung ist durch eine ärztliche Bescheinigung gegenüber der KVB nachzuweisen. Ausgenommen sind Präparate nach Anlage III Nr. 19 der Arzneimittelrichtlinien.

- Bei bestimmten schwerwiegenden Krankheiten, für die der Gemeinsame Bundesausschuss in der AM-RL bestimmte Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen festgelegt hat, die als Therapiestandard bei der Behandlung dieser Krankheiten gelten (sog. „OTC-Liste“).

Sollten Sie Verordnungen für dementsprechende apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel erhalten, so bitten wir Sie, sich ggf. von Ihrem Arzt die Verordnungsfähigkeit nach den Bestimmungen der AM-RL Anlage I auf unserem Formular „*Ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen eines Ausnahmefalls zur Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln*“ bescheinigen zu lassen.

- Auf Antrag apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel für KVB-Mitglieder sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörige
 - bei Beitragsgruppe 1/51 bis 8/58 und 68 den Betrag von 8 €,
 - bei Beitragsgruppe 9/59 bis 12/62 den Betrag von 12 €,
 - bei den übrigen Beitragsgruppen den Betrag von 16 €

überschreiten und die in der Härtefallregelung nach TS 1.21 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Einzelheiten können Sie dem besonderen Informationsblatt „*Informationen zur Härtefallregelung*“ entnehmen. Ausgenommen sind Präparate nach Anlage III Nr. 19 der Arzneimittelrichtlinien.

- Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei einer ambulanten Behandlung bzw. für diagnostische Zwecke und Untersuchungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden, auch, wenn das Arzneimittel auf Grund einer ärztlichen Verordnung selbst beschafft werden muss.

Ärztliche Bescheinigungen

Zur Vermeidung unnötigen Verwaltungsaufwandes – auch für Ihren Arzt – bitten wir, ärztliche Bescheinigungen nur dann ausstellen zu lassen, wenn z.B. zweifelsfrei davon ausgegangen werden kann, dass die jeweiligen Ausnahmevoraussetzungen nach den Anlagen zur AM-RL vorliegen. Bitte sehen Sie davon ab, vorsorglich schon Bescheinigungen ohne Verordnung (Rezept) an die KVB-Bezirksleitung zu senden. Eine Bearbeitung ist nur zusammen mit einer entsprechenden Verordnung möglich. Innerhalb des bescheinigten Verordnungszeitraums brauchen Sie die Bescheinigung des Arztes nicht mehr mit jedem Folge-rezept vorzulegen.

Vordrucke können Sie bei den Bezirksleitungen der KVB anfordern oder von der Internetseite der KVB <http://www.kvb.bund.de> unter der Rubrik Service/Formulare/Kranken-versorgung herunterladen.

Bitte achten Sie darauf, dass Bescheinigungen vollständig ausgefüllt sind und der Arzt

- Angaben zur Diagnose macht,
- die Zuordnung zur Ausnahme (z.B. Anl. I Nr. 17) vornimmt und eine Begründung zu der ausnahmsweisen gegebenen Verordnungsfähigkeit des Arzneimittels abgibt.

Wiederholter Bezug

Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen ärztlichen Wiederholungsvermerk (z.B. repetatur) erneut beschafft worden sind, sind nicht zuschussfähig. Bei einem Wiederholungsvermerk ohne Angabe der Anzahl der Wiederholungen sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung zuschussfähig. Der wiederholte Bezug eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung ist mit ärztlichem Wiederholungsvermerk bis zu dreimal nach der Erstabgabe zuschussfähig, wenn dieselbe Packungsgröße, die der Arzt für die erstmalige Abgabe auf der Verschreibung angegeben hat, beschafft wurde und die Anzahl der Wiederholungen auf der Verschreibung angegeben ist.

Eigenanteil

Von den Aufwendungen für jedes verordnete Arznei-/Verbandsmittel bzw. Medizinprodukt (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen) werden je Packung 10 vom Hundert der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten als Eigenanteil in Abzug gebracht. Maßgebend für den Abzugsbetrag ist der Apothekenabgabepreis, bei Arzneimitteln mit Festbetrag der Festbetrag jedes verordneten Arznei- und Verbandmittels. Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg des Arznei- und Verbandmittels.

Der Abzug wird nicht vorgenommen

- bei Verordnungen für
 - Kinder bis zum 18. Lebensjahr;
 - Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung;
 - Arzneimittel, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 31 Abs. 3 SGB V von der Zuzahlung freigestellt sind. Einzelheiten können Sie dem besonderen Informationsblatt „*Informationen zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zu zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln*“ entnehmen;
 - Arznei- und Verbandmittel, die zur Verwendung in einer ambulanten Behandlung bzw. für diagnostische Zwecke und Untersuchungen benötigt und zuvor selbst beschafft wurden;
- wenn die Härtefallregelung nach TS 1.21 zur Anwendung kommt;
- für Harn- / Blutteststreifen;
- Arznei- / Verbandmittel in Arzt-/Zahnarztrechnungen;
- Arznei- / Verbandmittel, wenn auf Grund eines Arzneimittelrückrufes oder einer von der zuständigen Behörde vorgenommene Einschränkung der Verwendbarkeit eines Arzneimittels erneut ein Arzneimittel verordnet werden musste.

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

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die tariflichen Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zur Krankenhausbehandlung



Allgemeines

Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des KVB-Tarifs kann vollstationär, teilstationär oder als vor- und nachstationäre Behandlung einer akuten Erkrankung erfolgen. Die Aufwendungen einer Krankenhausbehandlung werden bezuschusst, wenn und solange die Behandlung nach ärztlichem Befund erforderlich ist.

Wahl des Krankenhauses

Das Krankenhaus kann unter den zugelassenen Krankenhäusern frei gewählt werden (Hinweis: Fahrtkosten werden nach Tarifstelle 1.17 nur bis zur nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsstätte als zuschussfähig anerkannt, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort). Zur Behandlung in einer Privatklinik oder einer Gemischten Krankenanstalt sind die Informationen auf Seite 3 zu beachten.

Zugelassene Krankenhäuser

Folgende Krankenhäuser gelten als zugelassen:

- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, z.B. Kreiskrankenhäuser,
- Hochschulkliniken und
- Krankenhäuser, die sich in einem Versorgungsvertrag verpflichtet haben an der Krankenhausversorgung teilzunehmen.

Leistungsangebot der zugelassenen Krankenhäuser

Bei den Krankenhausleistungen unterscheidet man allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

• Allgemeine Krankenhausleistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Dazu gehören insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung sowie die aus medizinisch notwendigen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten im Krankenhaus.

Die „Allgemeinen Krankenhausleistungen“ werden dem Krankenhaus im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) durch diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) vergütet. Bei psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen erfolgt die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP).

• Wahlleistungen

Neben den Pflegesätzen bzw. Fallpauschalen dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden. Zuschussfähige Wahlleistungen sind

- die gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) und

- die gesondert berechnete **Unterkunft** in einem Zwei- oder Einbettzimmer.
Als Kosten eines Zwei- oder Einbettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Fachabteilung, in der die Unterbringung erfolgt, als zuschussfähig anerkannt. Die Kosten für besondere Serviceleistungen (z.B. gesondert berechnete Nasszelle, Bereitstellung von Telefon, Fernseher sowie gewünschte Sonderverpflegung u.a.m.) können im Rahmen der Wahlleistung Unterkunft **nicht** als zuschussfähig anerkannt werden; dies gilt auch dann, wenn ein sogenanntes „Komfortzimmer“ in Anspruch genommen wird.

Falls Sie vom Krankenhaus angebotene Wahlleistungen (Chefarztbehandlung und/oder Unterkunft in einem Zwei- oder Einbettzimmer) in Anspruch nehmen möchten, dann beachten Sie bitte Folgendes:

- Die Wahlleistungsvereinbarung muss vor der Erbringung der Leistung **schriftlich** mit dem Krankenhaus vereinbart werden.
- Wahlleistungsvereinbarungen sind erst ab dem Tage gültig, an dem sie unterzeichnet wurden; eine Rückdatierung der Wahlleistungsvereinbarung ist unzulässig.
- Patient und Krankenhausträger bzw. dessen Vertreter müssen die Wahlleistungsvereinbarung unterschreiben. Ist der Patient nicht in der Lage, die Unterschrift selbst zu leisten, kann er ggf. auch mündlich einen Dritten, wie z.B. eine Krankenpflegekraft, mit der Unterschrift beauftragen und diese nachträglich genehmigen. Möglich ist auch die Abgabe der entsprechenden Willenserklärung z.B. durch den Ehegatten.
- Die Wahlleistungsvereinbarung muss der Bezirksleitung **spätestens** zusammen mit der ersten Rechnung (Chefarztrechnung und/oder Rechnung für die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer) vorgelegt werden.

Abrechnung der Leistungen

Soweit möglich, werden die Kosten für stationäre Krankenhausleistungen von der KVB direkt mit dem Krankenhaus abgerechnet. Haben Mitglieder oder mitversicherte Angehörige nur Anspruch auf den aus Beitragsmitteln gedeckten Anteil der Tarifleistung der KVB, kann eine direkte Abrechnung mit dem Krankenhaus nicht erfolgen.

Falls stationäre Krankenhausleistungen dem Mitglied unmittelbar in Rechnung gestellt werden (z.B. wahlärztliche Leistungen, Zuschlag für die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer), können die Rechnungen der KVB mit Erstattungsantrag vorgelegt werden.

Zuschüsse der KVB

- Allgemeine Krankenhausleistungen

Bei Behandlung in der Regelpflegeklasse werden die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der ärztlichen Leistungen nach dem KHEntgG bzw. der BPfIV abgegolten. Der Zuschuss der KVB beträgt **100% der zuschussfähigen Aufwendungen**.

- Wahlleistungen

Auch bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen werden die „Allgemeinen Krankenhausleistungen“ grundsätzlich mit 100% der zuschussfähigen Aufwendungen bezuschusst. Daneben werden für vereinbarte Wahlleistungen Zuschüsse gezahlt, und zwar für

- die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer:
80% des um 2,50 €/tgl. geminderten Zuschlags für das Zweibettzimmer,
75% des um 2,50 €/tgl. geminderten Zuschlags für das Einbettzimmer,
- wahlärztliche Leistungen **bei gleichzeitig gewählter Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer: 80%** der anerkannten Arztkosten,
- wahlärztliche Leistungen bei Unterbringung in der Regelpflegeklasse:
100% der anerkannten Arztkosten.

- **Belegabteilung (Belegarzt)**

Bei der Unterbringung in der Belegabteilung eines Krankenhauses werden neben den allgemeinen Krankenhausleistungen die ärztlichen Leistungen gesondert berechnet. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach der in Anspruch genommenen Unterbringung (wie vorstehend). Für die belegärztliche Leistung ist eine Wahlleistungsvereinbarung nicht erforderlich.

Behandlung in Privatkliniken

Privatkliniken unterliegen in ihrer Abrechnung nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Da die KVB die Aufwendungen der Leistungen nur auf der Grundlage des KHEntgG bzw. der BPfIV bezuschusst, kann es **zu hohen Selbsthalten** kommen. Wenn Sie beabsichtigen, sich in einer Privatklinik behandeln zu lassen, empfehlen wir Ihnen, sich **vor der Behandlung** von der Privatklinik eine Kostenaufstellung mit den Diagnosen (ICD10) und den Operations- und Prozedurenschlüsseln (OPS) ausfertigen zu lassen und diese der Bezirksleitung zuzusenden. Mit diesen Angaben kann die Bezirksleitung schon vor der Behandlung eine Aussage zur Höhe der voraussichtlich zuschussfähigen Aufwendungen treffen.

Bei Behandlung in Privatkliniken, die nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) abrechnen, sind die Entgelte, wie in Tarifstelle 8.2 Nr. 2 aufgeführt, zuschussfähig.

Gesondert berechnete Wahlleistungen für die Unterkunft in einem Zweibettzimmer sind bis zur Höhe von 1,5% (Stand 15.02.21 = **56,57 €**) bzw. für die Unterkunft in einem Einbettzimmer bis zur Höhe von 2,7% (Stand 15.02.21 = **101,83 €**) der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors zuschussfähig, abzüglich 2,50 € täglich.

Beachten Sie zu Wahlleistungen bitte auch die Hinweise auf den Seiten 1 u. 2 dieses Informationsblattes!

- **Ausnahme: Notfallversorgung**

Wenn eine Privatklinik zur Notfallversorgung als nächstgelegenes Krankenhaus aufgesucht werden musste, sind die Aufwendungen ohne die vorgenannten Begrenzungen zuschussfähig.

Eigenanteile bei einer stationären Krankenhausbehandlung

Von den zuschussfähigen Aufwendungen verbleiben dem Mitglied sowie den mitversicherten Angehörigen Eigenanteile nach Tarifstelle 1.20.1 Nr. 2 in Höhe von **10 € je Kalendertag** höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr (siehe hierzu aber auch Tarifstelle 1.20.1).

Vorherige Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in einer gemischten Krankenanstalt

Unter gemischten Krankenanstalten versteht man Krankenhäuser, die sowohl medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, als auch Heil- und Kurbehandlungen durchführen oder auch Rekonvaleszenten aufnehmen. Soll eine stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Krankenanstalt durchgeführt werden, dann muss **vor Behandlungsbeginn** die schriftliche Kostenzusage der jeweiligen KVB-Bezirksleitung eingeholt werden.

Was ist bei der Aufnahme in ein Krankenhaus zu beachten?

- Weisen Sie sich bitte bei der Aufnahme mit dem Mitgliedsausweis / Versicherten ausweis der KVB aus,
- geben Sie bitte eventuell anderweitig bestehende Krankenversicherungen an.
- Beachten Sie bitte die Hinweise zu Wahlleistungsvereinbarungen!

Bei stationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland ist Folgendes zu beachten:

Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen zuschussfähigen Aufwendungen stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt, d.h. die Aufwendungen gelten grundsätzlich als zuschussfähig. Aufwendungen stationärer Leistungen in Privatkliniken werden entsprechend der Bestimmungen der Tarifstelle 8.2 bezuschusst.

Außerhalb der Europäischen Union entstandene zuschussfähige Aufwendungen stationärer Leistungen werden nach den Bestimmungen der Tarifstelle 8.2 bezuschusst.

Kein Kostenvergleich findet statt, wenn das Mitglied oder ein mitversicherter Angehöriger zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen musste. Eine unmittelbare Abrechnung der Kosten zwischen dem ausländischen Krankenhaus und der KVB ist im Allgemeinen nicht möglich.

Was zählt nicht zu einer Krankenhausbehandlung?

- Genehmigungspflichtige stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen aller Art (z.B. Anschlussheilverfahren (AHB) und Entwöhnungsmaßnahmen für Suchtkranke) sowie Heilkuren sind keine Krankenhausbehandlung im Sinne des Tarifs der KVB. Derartige Heilmaßnahmen können vom Anspruchsberechtigten mit Formantrag bei der KVB-Hauptverwaltung Geschäftsgruppe Rehabilitation, Postfach 20 02 53 in 60606 Frankfurt am Main beantragt werden.

Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass während der Rehabilitationsmaßnahme Wahlleistungen aller Art **nicht** zuschussfähig sind und ein Teil der Kosten (im Allgemeinen = 15% der anerkannten Aufwendungen) vom Anspruchsberechtigten selbst zu tragen sind.

Für die Durchführung und Abrechnung einer genehmigten Heilkur hat der Anspruchsberechtigte selbst zu sorgen. Zuschüsse sind mit KVB-Erstattungsantrag unter Beifügung der Rechnung, des Genehmigungsschreibens der KVB, Geschäftsgruppe Rehabilitation sowie des Kurabschlussberichts bei der zuständigen KVB-Bezirksleitung zu beantragen. Zu allen anderen Heilmaßnahmen sind die Belege zur Kostenerstattung bei der KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation, vorzulegen.

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

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die tariflichen Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Bundeseisenbahnvermögen

Richtlinien

für die Gewährung von Zuschüssen

zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(BEV-RiPfl)

Gültig ab 01.05.2023

Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ (BEV-RiPfl)

**Geschäftsführung: Bundeseisenbahnvermögen (BEV), Dienststelle Mitte; BEV 24 800
Ubp**

B e r i c h t i g u n g e n

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekanntgegeben durch	Gültig vom _____ an	Berichtigt am _____ durch
------------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------------

- Inhaltsverzeichnis -

Ziffer	Inhalt	Seite
1	ALLGEMEINES.....	6
2	ANSPRUCHSBERECHTIGTE PERSONEN.....	7
3	BEAMTINNEN UND BEAMTE IM AUSLAND	8
4	BERÜCKSICHTIGUNGSFÄHIGE PERSONEN.....	8
5	AUSSCHLÜSSE UND LEISTUNGSBEGRENZUNGEN	9
5.1	Eigener Fürsorgeanspruch und Zusammentreffen mehrerer Anspruchsbe- rechtigungen.....	9
5.2	Ausschluss der Zuschussfähigkeit.....	11
5.3	Ersatz- und Entschädigungsansprüche	11
5.4	Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen.....	12
5.5	Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch (SGB).....	13
6	ZUSCHUSSFÄHIGE AUFWENDUNGEN IN PFLEGEFÄLLEN	13
6.1	Grundsatz.....	13
6.2	Leistungsvoraussetzungen	14
6.3	Aufwendungen und Leistungen im Ausland.....	17
6.4	Häusliche Pflegehilfe	17
6.5	Pflegegeld.....	18
6.6	Kombination aus Leistungen für Häusliche Pflegehilfe und Pflegegeld	20
6.7	Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson.....	21
6.8	Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI.....	22
6.9	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, Verbrauchshilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	22
6.10	Digitale Pflegeanwendungen.....	23

6.11	Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gem. § 39a SGB XI.....	23
6.12	Teilstationäre Pflege	23
6.13	Kurzzeitpflege	24
6.14	Vollstationäre Pflege	25
6.15	Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	29
6.16	Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege.....	29
6.17	Ambulant betreute Wohngruppen.....	29
6.18	Aufwendungen bei Pflegegrad 1.....	29
6.19	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen.....	30
6.20	Leistungen nach Pflegezeitgesetz (PflegeZG)	30
6.21	Palliativversorgung.....	31
7	BEMESSUNG DES ZUSCHUSSES.....	32
8	BEGRENZUNG DER ZUSCHÜSSE	33
9	ZAHLUNG DER ZUSCHÜSSE	33
9.1	Zuständigkeit und Verfahren.....	34
9.2	Beginn der Zuschussgewährung und Begutachtung.....	35
9.3	Besonderheiten zum Verfahren (Belege, Abschlagszahlung, Rückforderung, Überweisung)	35
9.4	Fristen.....	36
9.5	Überleitung der Ansprüche	36
10	ZUSCHUSSBESCHEID UND RECHTSBEHELFB.....	37
11	ÜBERGANGS- UND SCHLUSSVORSCHRIFTEN.....	38

- Abkürzungsverzeichnis -

Abkürzung	Text
BeamtVG	Beamtenversorgungsgesetz
BBG	Bundesbeamtengesetz
BBesG	Bundesbesoldungsgesetz
BDZV	Begrenzte Dienstfähigkeit Zuschlagsverordnung
BEV	Bundeseisenbahnvermögen
BEV-HV	Bundeseisenbahnvermögen Hauptverwaltung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung
BMI	Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat
BUF	Beamtenunfallfürsorge
BVG	Bundesversorgungsgesetz
DB	Deutsche Bundesbahn
DÜV	Dienstleistungsüberlassungsvertrag
EStG	Einkommensteuergesetz
EUK	Eisenbahn-Unfallkasse
EUR	EURO (€)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
KVB	Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
KVB-HV	Hauptverwaltung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
MuSchEltZV	Mutterschutz- und Elternzeitverordnung
OEG	Opferentschädigungsgesetz
PfIEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
SGB I - XII	Sozialgesetzbuch (Buch I bis XII)
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SUrlV	Sonderurlaubsverordnung
SPV	Soziale Pflegeversicherung
vgl.	vergleiche
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VwVfG	Verwaltungsverfahrensgesetz

1 Allgemeines

1.1 Auf Grund des § 78 Bundesbeamtengesetz (BBG) erlässt das Bundeseisenbahnvermögen (BEV) in Erfüllung seiner Fürsorgepflicht für diejenigen Beamtinnen und Beamten des BEV, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn (DB) und der Deutschen Reichsbahn Beamtinnen und Beamte der DB waren, nachstehende Richtlinien (BEV-RiPfl).

Diese Richtlinien regeln die Gewährung von Zuschüssen zu den Aufwendungen für eine wegen dauernder Pflegebedürftigkeit notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege in entsprechender Anwendung der Bestimmungen der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

Hinweise:

1. *Mit der Bezuschussung von Pflegeleistungen erfüllt der Dienstherr die den Anspruchsberechtigten gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Pflegekosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht gedeckt wird. Diese verlangt jedoch keine lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen.*

2. *Die in diesen Richtlinien enthaltenen Hinweise sind, soweit es sinnvoll und erforderlich war, weitgehend den entsprechenden Durchführungshinweisen der Verwaltungsvorschrift zur BBhV nachgebildet und dienen der Vereinheitlichung der Rechtsanwendung.*

1.2 Auf die Zuschüsse besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten und grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Die Pfändung wegen einer Forderung auf Grund einer beihilfefähigen Leistung der Forderungsgläubigerin oder des Forderungsgläubigers ist insoweit zulässig, als der Zuschuss noch nicht ausgezahlt ist.

Nach dem Tod der anspruchsberechtigten Person kann die Fürsorgeleistung mit befreiender Wirkung auf folgende Konten gezahlt werden:

1. das Bezügekonto der oder des Verstorbenen,
2. ein anderes Konto, das von der oder dem Verstorbenen im Antrag oder in der Vollmacht angegeben wurde, oder
3. ein Konto einer oder eines durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde ausgewiesenen Erbin oder Erben.

Hinweise:

1. *Mit der Regelung wird die Änderung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Vererblichkeit der Beihilfe (Urteil vom 29. April 2010, 2 C 77/08) umgesetzt.*

Andere als die unter Ziffer 2 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten einen Zuschuss zu den vorbezeichneten Aufwendungen, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen nachweislich bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. Sind diese Personen Erben von Anspruchsberechtigten, erhalten sie einen Zuschuss auch zu den Aufwendungen der Erblasser, die von diesen bezahlt worden sind.

2. *Die Zuschussgewährung zu Aufwendungen der anspruchsberechtigten Person und der berücksichtigungsfähigen Personen, die bis zum Todestag entstanden sind, erfolgt nach den am Tage vor dem Tod jeweils maßgebenden personenbezogenen Bemessungssätzen nach Ziffer 7. Bis zum Zeitpunkt des Todes einer anspruchsberechtigten Person sowie in Unkenntnis ihres Todes noch erlassene Bescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.*

3. *Aufwendungen anlässlich des Todes von anspruchsberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen sind nicht zuschussfähig.*

2 Anspruchsberechtigte Personen

2.1 Soweit nicht die Ziffern 2.2 bis 2.5 etwas Anderes bestimmen, ist anspruchsberechtigt, wer im Zeitpunkt der Leistungserbringung

1. Beamtin oder Beamter des BEV,
2. hauptamtliche Bahnärztin oder hauptamtlicher Bahnarzt,
3. Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger des BEV ist und

am 31.12.1993 einen Fürsorgeanspruch gegenüber der Deutschen Bundesbahn hatte.

Hinweis:

Witwen oder Witwer und Waisen von anspruchsberechtigten Personen, die Ansprüche nach Ziffer 2.2 haben, sind bereits von dem Tag an selbst anspruchsberechtigt, an dem die anspruchsberechtigte Person stirbt.

2.2 Die Anspruchsberechtigung setzt ferner voraus, dass der anspruchsberechtigten Person Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge nach Abschnitt II oder V, nach § 22 Abs. 1 oder nach § 26 Abs. 1 BeamtVG oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI BeamtVG zustehen.

Die Anspruchsberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden.

Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.

Hinweise:

1. *Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen insbesondere: § 22 Abs. 1 Satz 2, § 51 Abs. 3, die §§ 53 bis 56, § 61 Abs. 2 und 3 und § 87 Abs. 3 BeamtVG, § 9a Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) sowie § 10 Abs. 4 und 6 Postpersonalrechtsgesetz in Betracht.*

2. *Die Anspruchsberechtigung besteht für Aufwendungen, die den unter Ziffer 2.1 genannten Personen selbst entstanden sind sowie für Aufwendungen von Ehegattinnen oder Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern und der im Familienzuschlag nach dem BBesG berücksichtigungsfähigen Kinder gemäß Ziffer 4.1i.V.m. Ziffer 6.2 und 4.2.*

3. *Der Rechtsanspruch auf Zuschüsse besteht auch während der Elternzeit (siehe § 80 Abs. 1 Nr. 1 BBG).*

2.3 Anspruchsberechtigt sind auch Beamtinnen oder Beamte nach Ziffer 2.1, die

- ohne Dienstbezüge nach § 92 Abs. 1 i.V.m. Abs. 5 BBG beurlaubt sind, soweit sie nicht berücksichtigungsfähige Angehörige anderer Beihilfeberechtigter sind oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) haben,

- ohne Dienstbezüge gemäß Verfügung des Vorstandes der DB - 15A.151 Uw 263 - vom 03.01.1963 unter Beibehaltung des Fürsorgeanspruchs beurlaubt sind.

2.4 Anspruchsberechtigt sind auch ehemalige Angestellte und Hinterbliebene von ehemaligen Angestellten der DB nach § 34 Abs. 2 der Satzung der KVB, deren erstmaliger Rentenbezug vor dem 01.06.1974 liegt.

2.5 Nicht anspruchsberechtigt sind:

- Personen, die Übergangsgeld nach § 47 BeamtVG oder die Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen oder Gnadenunterhaltsbeitrag erhalten.
- Geschiedene frühere Ehegattinnen oder Ehegatten sowie Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner verstorbener Anspruchsberechtigter nach Ziffer 2.1.

3 Beamtinnen und Beamte im Ausland

Anspruchsberechtigt nach Ziffer 2.1 sind auch diejenigen Beamtinnen und Beamten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind.

4 Berücksichtigungsfähige Personen

4.1 Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von anspruchsberechtigten Personen sind berücksichtigungsfähig.

Hinweise:

1. *Bei berücksichtigungsfähigen Personen, ist Ziffer 6.2 zu beachten.*
2. *Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Anspruchsberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Zuschüsse an die Person zu gewähren, bei der die Betreffenden bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähig waren; dies gilt nicht bei Witwen, Witwern und Waisen.*
3. *Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von anspruchsberechtigten Personen sind immer berücksichtigungsfähige Personen, aber Aufwendungen sind nur dann zuschussfähig, wenn keine wirtschaftliche Selbständigkeit (siehe Ziffer 6.2) vorliegt.*

4.2 Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie beim Familienzuschlag der anspruchsberechtigten Personen nach dem Besoldungs- und Versorgungsrecht berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für Kinder von anspruchsberechtigten Personen nach Ziffer 3 nur, wenn

1. für sie Anspruch auf einen Auslandszuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2, 2a BBesG besteht oder
2. ein Auslandszuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2, 2a BBesG nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

Befinden sich Kinder nach Vollendung des 25. Lebensjahres noch in Schul- oder Berufsausbildung, sind sie weiter berücksichtigungsfähig, wenn die Ausbildung durch einen freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten

ten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes unterbrochen oder verzögert worden ist. Die Dauer der weiteren Berücksichtigungsfähigkeit entspricht der Dauer des abgeleisteten Dienstes, insgesamt höchstens zwölf Monate.

Hinweise:

1. *Die Bestimmungen erfassen nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. Damit wird sichergestellt, dass Zuschüsse auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht (z.B. Kinder von anspruchsberechtigten Personen, die Anspruch auf Anwärterbezüge haben) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.*

2. *Welcher anspruchsberechtigten Person im Einzelfall die Zuschüsse für berücksichtigungsfähige Kinder gewährt werden, ergibt sich aus Ziffer 5.1.*

3. *Ein Anspruch auf Zuschüsse für Kinder als berücksichtigungsfähige Personen besteht grundsätzlich so lange, wie der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag nach dem BBesG oder dem BeamtVG gezahlt wird. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird.*

4. *Die Hinweise 1 und 2 zu Ziffer 4.1 gelten entsprechend.*

4.3 Angehörige anspruchsberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

5 Ausschlüsse und Leistungsbegrenzungen

5.1 Eigener Fürsorgeanspruch und Zusammentreffen mehrerer Anspruchsberechtigungen

Die Anspruchsberechtigung aus einem Dienstverhältnis oder ein Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte schließt

1. eine Anspruchsberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs sowie
2. die Berücksichtigungsfähigkeit nach Ziffer 4

aus.

Die Anspruchsberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs schließt die Anspruchsberechtigung aufgrund früherer Versorgungsansprüche sowie als berücksichtigungsfähige Person aus.

Dies gilt nicht, wenn sich der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis begründet.

Absatz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn eine berücksichtigungsfähige Person nach Ziffer 4.1, deren Aufwendungen auch nach Ziffer 6.2 zuschussfähig sind, mit einer anspruchsberechtigten Person nach Ziffer 3 in häuslicher Gemeinschaft außerhalb eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union lebt.

Hinweise:

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass ein Fürsorgeanspruch aus einem Ruhegehalt dem Fürsorgeanspruch als Witwe oder Witwer vorgeht.

Stünden mehreren Anspruchsberechtigten zu denselben Aufwendungen Zuschüsse zu, werden diese nur der Person gewährt, die die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Zuschüssen zu Aufwendungen für Halbweisen (vgl. Hinweis 4 zu Ziffer 9.1).

Die Anspruchs-/Beihilfeberechtigung auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die diesen Richtlinien im Wesentlichen vergleichbar sind, geht

1. der Anspruchs-/Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs und
2. der Berücksichtigungsfähigkeit nach Ziffer 4

vor.

Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt die bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Anspruchs-/Beihilfeberechtigung dar.

Hinweise:

1. Die Anspruchs-/Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin, Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Person wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne der Ziffer 5.1 nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht.

Beispiel: eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin oder berücksichtigungsfähige Person hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. Als Angestellte steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung aus ihrem Arbeitsverhältnis hat. Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht ein Anspruch aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin bzw. als berücksichtigungsfähige Person zu. Die Ausschlussregelung für berücksichtigungsfähige Personen in Ziffer 4.1 und Ziffer 6.2 ist zu beachten.

2. Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Fürsorgeleistung aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin, Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist ausgeschlossen. Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

3. Soweit in der PKV bzw. der KVB versicherte Versorgungsempfängerinnen bzw. Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer ausüben und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. keine Pflichtmitgliedschaft in der GKV erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Ziffer 5.1 Satz 4 und 5 nicht anzuwenden. In diesen Fällen geht die Anspruchs-/Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfängerin bzw. Versorgungsempfänger oder berücksichtigungsfähige Person vor und verdrängt die Anspruchs-/Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

4. Von den zuschussfähigen Aufwendungen ist die auf Grund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (Ziffer 5.4). Eine Zuschussgewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Ziffer 6 ausschließlich aus dem Fürsorgeanspruch der beamteten anspruchsberechtigten Person.

Ein Kind wird bei der anspruchsberechtigten Person berücksichtigt, die den Familienzuschlag für das Kind nach den §§ 39, 40 BBesG oder den Auslandszuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2, 2a BBesG erhält.

Der Beihilfeberechtigung nach der BBhV steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 78 BBG gegen das BEV gleich.

5.2 Ausschluss der Zuschussfähigkeit

Nicht zuschussfähig sind die Aufwendungen

1. der Beamtinnen und Beamten, denen ein Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 Abs. 2 BBesG oder entsprechenden landesgesetzlichen Vorschriften zusteht,
2. für Gutachten, die nicht von der KVB bzw. dem BEV sondern auf Verlangen der anspruchsberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Person veranlasst worden sind,
3. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
4. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen.

5.3 Ersatz- und Entschädigungsansprüche

Aufwendungen sind nicht zuschussfähig, soweit ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht.

In diesen Fällen kann jedoch ein Vorschuss bis zur Höhe des durch das BEV zu zahlenden Zuschusses gezahlt werden, sofern der Ersatzanspruch in entsprechender Höhe vorher schriftlich an das BEV abgetreten und Ersatzpflichtige hiervon sofort verständigt werden. Lehnen die anspruchsberechtigten Personen dies ab, so werden Leistungen nicht vorschussweise gewährt; bereits gezahlte Beträge sind zurückzuzahlen.

Kann ein Ersatzanspruch nur durch anspruchsberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen geltend gemacht werden oder überlässt das BEV die Geltendmachung des Schadens den anspruchsberechtigten oder den berücksichtigungsfähigen Personen, so sind diese verpflichtet, die vom BEV gezahlten Vorschüsse mitzufordern und sie nach Erhalt unverzüglich an das BEV abzuführen. Über den Verlauf der Verhandlungen haben die anspruchsberechtigten oder die berücksichtigungsfähigen Personen das BEV in angemessener Weise zu unterrichten. Vor Abschluss eines Vergleichs ist die Zustimmung des BEV einzuholen.

Hinweis:

Nach § 76 BBG gehen gesetzliche Schadenersatzansprüche infolge Körperverletzung oder Tötung insoweit auf den Dienstherrn über, als er dienstrechtlich zu Leistungen verpflichtet ist, also auch bis zur Höhe des Anspruchs zu zuschussfähigen Aufwendungen infolge der Schädigung.

Der Anspruchsübergang unterbleibt bei Schadenersatzansprüchen, die sich gegen einen mit der oder dem Verletzten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen richten. Da es sich um einen gesetzlichen Forderungsübergang handelt, bedarf es für seine Wirksamkeit keiner Abtretung oder anderen Rechtshandlung. Der Übergang erfolgt kraft Gesetzes und grundsätzlich im Zeitpunkt des Schadensereignisses. Soweit der Anspruch auf den Dienstherrn übergegangen ist, kann der Verletzte nicht mehr, z.B. durch Vergleich, darüber verfügen. Bei vertraglichen

Schadenersatzansprüchen, insbesondere aus einem Behandlungsvertrag mit dem Arzt, ergibt sich der gesetzliche Forderungsübergang aus den parallel bestehenden gesetzlichen Schadenersatzansprüchen. Soweit Schadenersatzansprüche ausnahmsweise nicht nach § 76 BBG erfasst werden und nicht auf den Dienstherrn übergehen, sind Aufwendungen in dem Umfang nicht zuschussfähig, wie der anspruchsberechtigten Person ein Ersatzanspruch gegen Dritte zusteht. Ein Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber dem Jugendamt nach § 40 SGB VIII ist gegenüber Ansprüchen nach den BEV-RiPfl nachrangig (§ 10 Abs. 1 SGB VIII, VG Berlin vom 21.08.2008, VG 36 A 185.06) und deshalb nicht als Ersatzanspruch nach Ziffer 5.3 von den Aufwendungen abzuziehen.

5.4 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

Soweit Aufwendungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung des Zuschusses von den zuschussfähigen Aufwendungen abzuziehen. Unterhaltsansprüche von anspruchsberechtigten Personen gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung.

Sind Leistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Zuschussfestsetzung zu berücksichtigen. Andere Aufwendungen, bei denen der fiktive Leistungsanspruch gegenüber Dritten nicht ermittelt werden kann, sind um 50 Prozent zu kürzen.

Dies gilt nicht für

1. berücksichtigungsfähige Kinder von Anspruchsberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst sind.
2. Leistungsansprüche aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung.
3. Leistungsansprüche berücksichtigungsfähiger Personen nach Ziffer 4.1, die mit einer nach Ziffer 3 anspruchsberechtigten Person am Auslandsdienstort in häuslicher Gemeinschaft leben und dort auf Grund einer eigenen Berufstätigkeit entweder pflichtversichert sind oder einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.

Hinweis:

Als Leistungen im Sinne der Ziffer 5.4 kommen insbesondere die in Betracht, die gewährt werden auf Grund:

- *Pflichtversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*
- *Freiwillige Versicherung in der GKV*
- *Bundesversorgungsgesetz (BVG) – ausgenommen Erstattungen und Sachleistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen*

*Soweit es sich um Leistungen der Kriegsofopferfürsorge handelt (§ 25 - 27 BVG), sind diese im Verhältnis zu den Leistungen nach Ziffer 6, gemäß § 13 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI **nachrangig** in Anspruch zu nehmen.*

- *Beamtenunfallfürsorge (BUF) des BEV*
- *Gesetzliche Unfallversicherung nach SGB VII (z.B. „Unfallversicherung Bund und Bahn“)*

- *Ausländische Pflichtversicherungen*

Zu den Leistungen der GKV aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 5 Nummer 2 gehören nicht Leistungen der GKV, die von ihr auf Grund des BVG gewährt werden.

Besteht für eine anspruchsberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person in einem ausländischen Sozialversicherungssystem nach dem ausländischen Recht kein Versicherungsschutz, erfolgt keine fiktive Leistungskürzung. Der Nachweis ist durch die anspruchsberechtigte Person zu erbringen.

5.5 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch (SGB)

Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Zuschüsse nach diesen Richtlinien gewährt werden, an Vorschriften des SGB V anlehnen, setzt die Zuschussfähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind. Wird in diesen Richtlinien auf Vorschriften des SGB V verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 78 BBG an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren.

Im Übrigen gelten die Vorschriften des SGB, auf die diese Richtlinien verweisen, entsprechend, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen.

6 Zuschussfähige Aufwendungen in Pflegefällen

6.1 Grundsatz

Zuschussfähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise zuschussfähig, soweit diese Richtlinien die Zuschussfähigkeit vorsehen.

Das BEV beteiligt sich an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, wenn anspruchsberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen Leistungen der Pflegeversicherung

1. beziehen oder
2. beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

Pflegebedürftige Personen im Sinne des § 14 SGB XI erhalten Zuschüsse zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI erfüllt sind.

Zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit werden im Regelfall die Gutachten zugrunde gelegt, die für die PPV oder die SPV zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Für anspruchsberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die keiner Pflegeversicherung angehören, hat das BEV ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen. Dies gilt ebenso für Personen, die nach Ziffer 3 anspruchsberechtigt

oder bei nach Ziffer 3 anspruchsberechtigten Personen berücksichtigungsfähig sind, wenn für diese kein Gutachten der PPV oder SPV vorliegt.

Hinweise:

1. Die Zuschussfähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Daneben sind bei Leistungen der häuslichen Pflege die Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege ggf. nach den entsprechenden Tarifbestimmungen des KVB-Tarifs zuschussfähig. Die Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen.

2. Aufwendungen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden durch das BEV in Höhe der zwischen dem BMI und der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH vertraglich vereinbarten Pauschale getragen. Personen, die eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen, müssen diese nach § 7a SGB XI kostenfrei erhalten. Insofern können diese Aufwendungen von der Pflegeberatungsstelle nicht den Anspruchsberechtigten beziehungsweise den berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Rechnung gestellt werden.

Die Pauschale wird von der Pflegeberatungsstelle bzw. dem Träger der Pflegeberatung (Fa. COMPASS) direkt gegenüber der KVB als Beihilfestelle des BEV geltend gemacht. Die Pflegeberatung – dabei ist es egal, wer sich beraten lässt, – muss eine zu pflegende anspruchsberechtigte oder eine zu pflegende Person betreffen.

3. Besteht keine Pflegeversicherung, ist ein entsprechendes Gutachten einzuholen, aus dem die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem Pflegegrad hervorgehen. Der Zuschuss zu den pflegebedingten Aufwendungen wird entsprechend dem Bemessungssatz nach Ziffer 7 gewährt.

6.2 Leistungsvoraussetzungen

Voraussetzung für die Zuschussfähigkeit von Aufwendungen ist die Anspruchsberechtigung im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen und bei Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Personen deren Berücksichtigungsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Personen nach Ziffer 4.1 sind zuschussfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Verbindung mit Abs. 5 des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, sind Aufwendungen von Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner unter Vorbehalt bereits im laufenden Jahr zuschussfähig. Die von den Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner der anspruchsberechtigten Personen nach Ziffer 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides oder, wenn dieser nicht vorliegt, durch andere geeignete Unterlagen nachzuweisen. Weist der Steuerbescheid den Gesamtbetrag der Einkünfte nicht vollständig aus, können andere Nachweise gefordert werden. Der Betrag nach Satz 1 wird regelmäßig, im gleichen Verhältnis wie sich der Rentenwert West auf Grund der Rentenwertbestimmungsverordnung erhöht, angepasst und auf glatten Eurobetrag abgerundet. Die Anpassung erfolgt mit Wirkung für das auf das Inkrafttreten der Rentenwertbe-

stimmungsverordnung folgende Kalenderjahr und ist erstmalig für die Beantragung der Beihilfe im Jahr 2024 zu Grunde zu legen.

Hinweise:

1. *Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen und die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.*

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in § 14 SGB XI pflegefachlich begründeten Kriterien in den folgenden Bereichen (Module):

1. *Mobilität*
2. *kognitive und kommunikative Fähigkeiten*
3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*
4. *Selbstversorgung*
5. *Bewältigung und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*
6. *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte*

2. *Der Umfang des zuschussfähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade. Pflegebedürftige Personen erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad), der mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments gem. § 15 SGB XI ermittelt wird.*

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

3. *Dem Antrag auf Zuschüsse ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad beizufügen. Für Versicherte der privaten (PPV) oder sozialen Pflegeversicherung (SPV) hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und den Grad der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung). Diese Feststellung ist für die Leistungsgewährung (Bezuschussung) nach diesen Richtlinien maßgebend. Für nicht in der Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen (GPV) pflegeversicherte Personen ist diese Feststellung vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (z.B. Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). Ohne einen derartigen Nachweis ist eine Bearbeitung des Erstattungsantrages nicht möglich (vgl. § 22 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG)).*

4. *Für Rechtsstreitigkeiten in Angelegenheiten nach dem SGB XI (z.B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einem Pflegegrad) sind die Sozialgerichte zuständig (§ 51 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).*

5. *Bei Prüfung des Einkommens berücksichtigungsfähiger Personen wird immer auf den Zeitpunkt der Antragstellung abgestellt, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen*

entstanden sind. Dadurch ist ein Schieben der entstandenen Aufwendungen in das Folgejahr möglich. Die Ausschlussfrist nach Ziffer 9.4 ist zu beachten.

6. Werden Zuschüsse auf Grund Ziffer 6.2 Abs. 2 Satz 2 gezahlt, ist die anspruchsberechtigte Person aktenkundig darüber zu belehren, dass nach Feststellung der Überschreitung des Gesamtbetrages der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr die Zuschüsse zurückzuzahlen sind.

7. Die Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:

1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
2. Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
3. Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
4. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
5. Einkünfte aus Kapitalvermögen,
6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
7. sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG.

Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG ist die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Abs. 3 EStG. Nach dem EStG § 2 Abs. 2 sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7 k EStG) und bei den anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a EStG). Die Voraussetzungen für die Berücksichtigung der Ehegattin oder des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners sind durch Vorlage des Steuerbescheides jährlich nachzuweisen. Die für die rechtliche Prüfung nach den BEV-RiPfl benötigten Angaben können unkenntlich gemacht werden. Es können andere Einkommensnachweise zugelassen werden, wenn die anspruchsberechtigte Person den Steuerbescheid nicht vorlegen kann. Aussagekraft und Beweiswert eines anderen Nachweises müssen dem amtlichen Steuerbescheid gleichwertig sein und alle von § 2 Abs. 3 EStG erfassten Einkünfte umfassen.

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

8. Soweit berücksichtigungsfähige Personen über ein eigenes Einkommen in dieser Höhe verfügen, bedarf es der Fürsorgepflicht des Dienstherrn nicht mehr. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn erfordert jedoch eine Überprüfung dieser Grenzen, insbesondere auch im Hinblick auf die vom Bundesverfassungsgericht in seiner jüngsten Rechtsprechung zur Alimentation mehrfach betonten Beziehungen zwischen amtsangemessener Alimentation und dem Niveau der Beihilfeleistungen (BVerfG, Urteil vom 5. Mai 2015, 2 BvL 17/09 u. a., Rn. 122; BVerfG, Beschluss vom 17. November 2015, 2 BvL 19/09 u.a. Rn. 105).

Der dem Dienstherrn bei der Beihilfegewährung eingeräumte Spielraum erlaubt es dabei nur, erhebliches Einkommen, das zu einer wirtschaftlichen Selbständigkeit von nicht selbst beihilfeberechtigten Personen führt, bei der Beihilfegewährung einschränkend zu berücksichtigen. Erhebliches Einkommen liegt jedoch dann nicht vor, wenn es nur auf Grund von Rentenanpassungen zur Überschreitung der Einkommensgrenze kommt. Aus diesem Grund wird der Gesamtbetrag der Einkünfte für berücksichtigungsfähige Personen künftig in gleichem Maße angepasst wie der gesetzliche Rentenwert West.

Die Erhöhung des Rentenwertes West wirkt sich aus Vollzugsgründen erst in dem auf die Änderung folgenden Kalenderjahr aus und soll frühestens für die Beantragung der Beihilfe im Jahr 2024 zu Grunde gelegt werden.

6.3 Aufwendungen und Leistungen im Ausland

Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind zuschussfähig, wenn es sich um Aufwendungen nach Ziffer 6.4 bis 6.17 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie im Inland entstanden und zuschussfähig wären.

Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen zuschussfähigen Aufwendungen wird kein Kostenvergleich durchgeführt. Zuschussfähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenbeteiligungen sind zu beachten.

Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Kann die anspruchsberechtigte Person die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, hat die KVB-Bezirksleitung die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen. Auf Anforderung muss eine Übersetzung der erbrachten Leistungen vorgelegt werden.

Hinweise:

1. *Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tag der Festsetzung des Zuschusses geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in EURO umzurechnen, sofern der bei der Begleichung der Rechnung angewandte Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.*

2. *Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1.000,00 € ist eine Übersetzung beizufügen. Bis 1.000 € ist eine kurze Angabe der Antragstellerin oder des Antragstellers über Art und Umfang der Leistungserbringung ausreichend.*

3. *Für die zuschussfähigen Aufwendungen anspruchsberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen mit ständigem Wohnsitz außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union gilt als Wohnort*

a) *bei Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfängern der Sitz der KVB-Bezirksleitung bzw. der BEV-Dienststelle Mitte,*

b) *bei den übrigen anspruchsberechtigten Personen der Dienstort.*

4. *Grundsätzlich obliegt es, der anspruchsberechtigten Person prüfbare Belege für Leistungen im Ausland vorzulegen. Soweit die Prüfung ohne weitere Mitwirkung der anspruchsberechtigten Person möglich ist, bedarf es keiner weiteren Unterlagen. Eine Übersetzung unterliegt keinen besonderen Formvorschriften; sie muss nicht amtlich beglaubigt sein. Die Kosten einer erforderlichen Übersetzung sind nicht zuschussfähig.*

6.4 Häusliche Pflegehilfe

Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe sind in Höhe der in § 36 Abs. 3 SGB XI genannten Sätze zuschussfähig, wenn die anspruchsberechtigte Person in Pflegegrad 2 bis 5 eingestuft ist und die in Rechnung gestellten Verrichtungen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 Abs. 1 und 2 SGB XI betreffen. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse bzw. zur PPV oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Ausgenommen sind

dabei Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1, soweit es sich um Aufwendungen der häuslichen Krankenpflege handelt.

§ 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI gilt entsprechend.

Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte (Berufspflege) sind entsprechend den Pflegegraden des § 15 SGB XI die Aufwendungen je Kalendermonat zuschussfähig:

1. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 724,00 €
2. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 3 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.363,00 €
3. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.693,00 €
4. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 5 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 2.095,00 €

Hinweise:

1. *Als Pflegeeinsatz gilt die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuung oder der Hilfe bei der Haushaltsführung jeweils zusammenhängend erbringt.*

2. *Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die*

- *bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft pflegebedürftige Personen ambulant pflegen und hauswirtschaftlich versorgen und betreuen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI) oder*
- *bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI) oder*
- *mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.*
- *von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind (§ 4 Abs. 1 MB/PPV)*

3. *Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege sind ggf. nach den Bestimmungen des KVB-Tarifs gesondert zu bezuschussen.*

6.5 Pflegegeld

Anstelle der Zuschüsse nach Ziffer 6.4 können auch Pauschalzuschüsse gewährt werden, soweit die häusliche Pflege durch andere als die in Ziffer 6.4 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalzuschüsse richtet sich dabei nach § 37 Abs. 1 SGB XI.

Die Höhe des Pauschalzuschusses ergibt sich aus dem jeweiligen Pflegegrad entsprechend § 15 SGB XI und beträgt monatlich:

1. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2

316,00 €

2. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 3

545,00 €

3. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4

728,00 €

4. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 5

901,00 €

Ein aus der PPV oder SPV zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalzuschüsse anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die getätigten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalzuschüsse zur Hälfte berücksichtigt.

Ein Pauschalzuschuss wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 BVG besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c BVG berührt die Gewährung von Pauschalzuschüssen nicht.

Zuschüsse werden auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Abs. 3 SGB XI gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die PPV oder SPV besteht. § 37 Abs. 4 Satz 1 SGB XI bleibt unberührt. Der Umfang der anteiligen Zuschussleistungen bestimmt sich entsprechend § 37 Abs. 3 SGB XI.

§ 37 Abs. 6 SGB XI gilt entsprechend.

Besteht der Anspruch auf Pauschalzuschuss nicht für einen vollen Kalendermonat, wird der Pauschalzuschuss für den Teilmonat nur anteilig gewährt; dabei ist ein Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

Während einer Verhinderungspflege nach Ziffer 6.7 wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach Ziffer 6.11 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt (§ 37 Abs. 1 SGB XI).

Verstirbt die pflegebedürftige Person, wird der Pauschalzuschuss bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist, wenn mindestens an einem Tag im Sterbemonat Anspruch auf Pflegegeld bestanden hat.

Hinweise:

1. *Andere als in Ziffer 6.4 genannte Pflegekräfte sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig eine pflegebedürftige Person in seiner häuslichen Umgebung pflegen.*

2. *Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, der stationären Rehabilitation (ggf. nach den Tarifbestimmungen des KVB-Tarifs) oder der stationären Pflege nach Ziffer 6.12 oder 6.13 geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird der Pauschalzuschuss anteilig nicht gewährt. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder stationären Rehabilitation. Bei anspruchsberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII Anwendung findet, wird der Pauschalzuschuss oder anteilige Pauschalzuschuss auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gewährt.*

3. *Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind z.B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG und § 34 BeamtVG, nicht hingegen Leistungen nach § 64 SGB XII (Pflegegeld durch einen Träger der Sozialhilfe). Sozialleistungen nach dem SGB XII sind nachrangig gegenüber sonstigen zustehenden Leistungen (§ 2 Abs. 1 SGB XII). Die Zuschussgewährung nach diesen Richtlinien darf nicht mit Hinweis auf Leistungen nach SGB XII versagt werden (§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB XII).*

4. *Hinsichtlich einer Abschlagszahlung siehe Ziffer 9.3.1.*

6.6 Kombination aus Leistungen für Häusliche Pflegehilfe und Pflegegeld

Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Ziffer 6.4 nur teilweise durch eine der in Ziffer 6.4 Satz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben ein anteiliger Pauschalzuschuss nach Ziffer 6.5 gewährt. Der Pauschalzuschuss wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Zuschüsse nach Ziffer 6.4 gewährt werden.

Hinweise:

1. *Bei einer Kombination der Leistungen nach Ziffer 6.4 und 6.5 ist das in der PPV oder SPV zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Fürsorgeleistungen (Zuschüsse) des BEV maßgeblich.*

Beispiele zu Kombinationsleistungen:

1.1 *Ein in der PPV versicherter Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (681,50 € von 1.363,00 €) und das Pflegegeld (272,50 € von 545,00 €) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.*

a) Leistungen der PPV

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 % von 681,50 €	= 204,45 €
- zum Pflegegeld 30 % von 272,50 €	= 81,75 €
Gesamt	= 286,20 €

b) Fürsorgeleistungen des BEV (Zuschuss)

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 % von 681,50 €	= 477,05 €
- Pauschalzuschuss 272,50 € abzüglich 81,75 € der PPV	= <u>190,75 €</u>
Gesamt	= <u><u>667,80 €</u></u>

1.2 Ein in der SPV versicherte Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (681,50 € von 1.363,00 €) und das Pflegegeld (272,50 € von 545,00 €) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der SPV in diesem Fall 50 % von 272,50 € (vgl. Ziffer 7.2).

a) Leistungen der SPV

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 % von 681,50 €	= 340,75 €
- zum Pflegegeld 50 % von 272,50 €	= <u>136,25 €</u>
Gesamt	= <u><u>477,00 €</u></u>

b) Fürsorgeleistungen des BEV (Zuschuss)

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft in gleicher Höhe wie die Leistung der SPV (Ziffer 7.2)	= 340,75 €
- Pauschalzuschuss 50 % von 545,00 € = 272,50 € abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der SPV von 136,25 €	= <u>136,25 €</u>
Gesamt	= <u><u>477,00 €</u></u>

2. Ist in der PPV oder SPV die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 38 SGB XI auf Grund der Ausschöpfung des Leistungsrahmens nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI nicht möglich, ist die Gewährung von Zuschüssen zu Aufwendungen für Leistungen nach Ziffer 6.6 ebenfalls ausgeschlossen.

6.7 Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Bei Verhinderung der Pflegeperson gilt § 39 SGB XI entsprechend.

Hinweise:

1. Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt, die nicht erwerbsmäßig pflegt, darf der Zuschuss den Betrag des 1 ½ fachen Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach Ziffer 6.5 für längstens 6 Wochen im Kalenderjahr nicht überschreiten. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind (z.B. Fahrkosten oder Verdienstaussfall), übernommen werden. Die Zuschüsse dürfen insgesamt den Betrag von 1.612,00 € je Kalenderjahr nicht übersteigen. Die Zuschüsse können um bis zu 806,00 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurz-

zeitpflege auf insgesamt 2.418,00 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege angerechnet.

2. Zuschüsse zu den Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die PPV oder SPV hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Art und Umfang der anteiligen Zuschüsse bestimmen sich nach § 39 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, werden Zuschüsse in gleicher Höhe gewährt.

6.8 Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI

Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Zuschuss zum Entlastungsbetrag. Der monatliche Betrag in Höhe von 125,00 € steht am 1. eines Monats zur Verfügung.

§ 45b SGB XI gilt entsprechend.

Hinweis:

Der Entlastungsbetrag kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

6.9 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, Verbrauchshilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

6.9.1 Pflegehilfsmittel

Zuschüsse werden auch zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen nach § 40 Abs. 1 bis 3 und 5 SGB XI und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Personen nach § 40 Abs. 4 SGB XI gewährt. Die Aufwendungen sind nur zuschussfähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die PPV oder SPV besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist der Aufwendungsbetrag dem Grunde nach zuschussfähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird.

Hinweis:

Wird der monatliche Bedarf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel pauschal ohne Rechnungen anerkannt, kann der Zuschuss entsprechend ohne Kostennachweis gewährt werden.

Zur Verwaltungsvereinfachung und Entlastung der pflegebedürftigen Personen ist – auch zur Feststellung der Zuschussfähigkeit von Aufwendungen – keine ärztliche Verordnung zum Nachweis der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln erforderlich, wenn im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, getroffen werden.

Für die in der PPV Versicherten sind Aufwendungen für die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der PPV aufgeführten Pflegehilfsmittel zuschussfähig.

Für die in der SPV Versicherten sind Aufwendungen für die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der SPV aufgeführten Pflegehilfsmittel zuschussfähig.

6.9.2 Technische Hilfen

Technische Hilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das Hilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen. Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Hilfsmittel anteilig entsprechend der Bemessungssätze nach Ziffer 7 der Richtlinien bezuschusst. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 % der Aufwendungen, höchstens jedoch 25,00 € je Hilfsmittel; in Härtefällen kann von der Selbstbeteiligung abgesehen werden.

6.9.3 Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Zuschussfähig sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Der Zuschuss ist auf 4.000,00 € je Maßnahme begrenzt.

6.10 Digitale Pflegeanwendungen

Nach § 40a Abs. 1 SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 – 5 einen Anspruch auf eine Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen. Der Anspruch ist auf die Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen in der Häuslichkeit beschränkt. Der Anspruch umfasst gem. § 40a Abs. 2 SGB XI nur solche digitalen Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Abs. 3 SGB XI aufgenommen wurden.

6.11 Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gem. § 39a SGB XI

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a SGB XI Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen. Der Anspruch setzt voraus, dass die ergänzende Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich ist.

Hinweis:

Nach § 40b SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 - 5 Anspruch auf die Leistungen nach § 39a SGB XI und § 40a SGB XI bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat.

6.12 Teilstationäre Pflege

Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sind nur zuschussfähig, wenn häusliche Pflegehilfe nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Zuschussfähig sind auch Aufwendungen für die notwendige Beförderung pflegebedürftiger Personen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück. § 41 Abs. 2 SGB XI gilt entsprechend. Pflegebedürftige Personen können die teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege zusätzlich zur häuslichen Pflege nach Ziffer 6.4 oder dem Pflegegeld nach Ziffer 6.5 bzw. der Kombinationsleistung nach Ziffer 6.6 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt. Dabei gilt § 41 Abs. 3 SGB XI entsprechend.

Die zuschussfähigen Aufwendungen dürfen monatlich den in § 41 Abs. 2 SGB XI für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen.

Die Aufwendungen sind entsprechend den Pflegegraden des § 15 SGB XI je Kalendermonat zuschussfähig:

1. für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

689,00 €

2. für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 3 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

1.298,00 €

3. für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 4 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

1.612,00 €

4. für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 5 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

1.995,00 €

Hinweise:

Die jeweiligen Pflegeeinsätze gelten als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird. Stellt die Einrichtung der Tages- und Nachtpflege einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 60 % des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen. Fahrkosten sind Bestandteil der mit der Pflegeeinrichtung geschlossenen Pflegesatzvereinbarung und werden im Rahmen des maßgeblichen Höchstbetrags nach § 41 Absatz 2 Satz 2 SGB XI erstattet. Sofern Fahrkosten nicht in der Rechnung der Einrichtung enthalten sind und gesondert geltend gemacht werden, sind diese nach den Vorgaben des § 31 Absatz 4 BBhV bei Fahrten von Angehörigen zu ermitteln bzw. die tatsächlichen Fahrkosten bei Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu berücksichtigen und im Rahmen der Leistungsbeträge nach § 38d BBhV i. V. m. § 41 SGB XI mit zu erstatten.

6.13 Kurzzeitpflege

Bei Kurzzeitpflege gilt § 42 SGB XI entsprechend.

Die Pflegeaufwendungen sind im Rahmen der gültigen Pflegesätze bis zu

1.774,00 €

im Kalenderjahr zuschussfähig.

Hinweis:

Zuschüsse zu den Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege können gewährt werden, wenn die PPV oder SPV hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Zuschüsse zu den Aufwendungen können um bis zu 1.612,00 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.386,00 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf die Zuschüsse für eine Verhinderungspflege angerechnet.

6.14 Vollstationäre Pflege

6.14.1 Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 - 5 haben Anspruch auf Zuschüsse zu den Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI oder in einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung.

Zuschussfähig sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Betreuung sowie Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege bis zu einem monatlichen Pauschalbetrag:

1. für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 in Höhe von 770,00 €,
2. für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.262,00 €,
3. für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.775,00 €,
4. für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.005,00 €.

§ 43 Abs. 2 und 4 SGB XI gilt entsprechend. Ziffer 6.4 Satz 3 gilt entsprechend.

Zuschussfähig sind ab dem 01. Januar 2022 die Zuschüsse für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 – 5 in vollstationären Einrichtungen mit Vergütungsvereinbarung zu dem Leistungszuschlag gemäß § 43c SGB XI, gestaffelt nach der Aufenthaltszeit:

1. 5 % des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im 1. Aufenthaltsjahr,
2. 25 % des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im 2. Aufenthaltsjahr,
3. 45 % des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im 3. Aufenthaltsjahr,
4. 70 % des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils ab dem 4. Aufenthaltsjahr.

6.14.2 Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Ziffer 6.14.1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten sind auf besonderen Antrag beihilfefähig, soweit die Pflegeeinrichtung monatlich abrechnet und von den durchschnittlichen monatlichen Einnahmen nach Ziffer 6.14.3 nicht mindestens ein Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

1. 8 % des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede Anspruchsberechtigte, jeden Anspruchsberechtigten, jede berücksichtigungsfähige Angehörige, jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen, jede Ehegattin, jeden Ehegatten, jede Lebenspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach Ziffer 6.14.1 oder § 43 Absatz 1, 2 und 4 SGB XI besteht,

2. 30 % des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13, für eine Anspruchsberechtigte, einen Anspruchsberechtigten, eine Ehegattin, einen Ehegatten, eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die oder den **kein** Anspruch nach Ziffer 6.13.1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 SGB XI besteht,
3. 3 % des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das **kein** Anspruch nach Ziffer 6.14.1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 SGBXI besteht, und
4. 3 % des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die Anspruchsberechtigte oder den Anspruchsberechtigten.

Satz 1 gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Satz 1 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 SGBXI. Hat eine Anspruchsberechtigte, ein Anspruchsberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunft-, Investitions- und Verpflegungskosten nach landesrechtlichen Vorschriften, sind die Aufwendungen nach Satz 1 in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern. Das Gleiche gilt, wenn der Zuschuss nach landesrechtlichen Vorschriften, das einer oder einem Anspruchsberechtigten oder einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen zuzurechnen ist, einem Dritten gezahlt wird.

Hinweis:

Bei rückwirkender Besoldungserhöhung erfolgt keine Neuberechnung.

6.14.3 Maßgeblich sind die im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten Einnahmen. Einnahmen sind:

1. die Bruttobezüge nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verblieben, und der Altersteilzeitzuschlag; unberücksichtigt bleiben der kinderbezogene Familienzuschlag,
2. die Bruttobezüge nach § 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben; unberücksichtigt bleiben das Sterbegeld nach § 18 des Beamtenversorgungsgesetzes, der Unterschiedsbetrag nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes sofern der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen, sowie der Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 43 des Beamtenversorgungsgesetzes,
3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt; unberücksichtigt bleiben Leistungen der Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch,
4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; unberücksichtigt bleibt der Anteil einer gesetzlichen Rente, der der Besteuerung unterliegt.

Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass die aktuellen Einnahmen voraussichtlich wesentlich geringer sind als die im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten durchschnittlichen monatlichen Einnahmen, sind die Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen. Hat die beihilfeberechtigte Person keine Einnahmen nach Satz 1 aus dem Kalenderjahr vor Antragstellung, werden die voraussichtlichen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde gelegt. Befinden sich verheiratete oder in einer Lebenspartnerschaft lebende Personen in vollstationärer Pflege und verstirbt die beihilfeberechtigte Person, sind die aktuellen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen, bis die Voraussetzungen nach Satz 3 nicht mehr vorliegen.

Hinweise:

1. *Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der PPV oder SPV erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI eine zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).*

2. *Ein Pflegezuschlag nach § 84 Abs. 2 Satz 2, Halbsatz 2 SGB XI sowie besonders pauschalisierte Pflegesätze nach § 8 Abs. 3 Satz 3 SGB XI gelten als pflegebedingte zuschussfähige Aufwendung im Sinne des Satzes 2.*

3. *Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der PPV oder SPV vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.*

4. *Bei vorübergehender Abwesenheit von pflegebedürftiger Person aus dem Pflegeheim sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für vollstationäre Pflege zuschussfähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. Das heißt, dass der Pflegesatz im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für die pflegebedürftige Person freizuhalten ist. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. Dabei sind in den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 % der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzusehen.*

5. *Ein Anspruch auf Zuschüsse für Aufwendungen der stationären Pflege endet mit dem Tag, an dem die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt.*

6. *Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten gehören nicht zu den Aufwendungen, die in die Pflegevergütung einbezogen werden dürfen. Bei diesen Aufwendungen handelt es sich nicht um pflegebedingten Aufwand. Zu den Investitionskosten gehören alle Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die zum Betrieb der Einrichtung erforderlichen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen oder wiederzubeschaffen, instand zu setzen oder instand zu halten sowie Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung bzw. Mitbenutzung von Gebäuden und Grundstücken. Darüber hinaus gehören sowohl die Anschubfinanzierung einer neuen Einrichtung sowie Maßnahmen zur Umstellung der Aufgaben sowie zur Schließung der Einrichtung zu den Investitionskosten.*

7. In Fällen nach Ziffer 6.14.2 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 %.

Ein Zuschuss für Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten kann auch für pflichtversicherte Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner gewährt werden, sofern die Voraussetzungen nach Satz Ziffer 6.14.1 vorliegen.

8. Bei der Berechnung der Einnahmen bleiben unberücksichtigt:

- Einkommen von Kindern,
- Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) und
- Leistungsprämien nach § 42a BBesG.

9. Ist die Ehegattin oder der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. Soweit Anspruchsberechtigte nachweisen, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen der Ehegattin oder des Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbständigen oder nicht selbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen.

10. Sofern nach Hinweis 6 der Pauschalzuschuss für stationäre Pflege nur anteilig als zuschussfähig anerkannt werden kann, ist auch das Einkommen nur anteilig zu berücksichtigen.

6.14.4 Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 SGB XI erbringen, erhalten Zuschüsse entsprechend § 87a Abs. 4 SGB XI, wenn die pflegebedürftigen Personen nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wird.

Hinweis:

Pflegeeinrichtungen, bei denen Aufwendungen nach Ziffer 6.14 entstehen, erhalten unter den in Ziffer 6.14.4 genannten Voraussetzungen zusätzlich einen zuschussfähigen Betrag von 2.952,00 €. Der Betrag wird entsprechend § 30 SGB XI angepasst. Der gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn die pflegebedürftige Person innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird. Ob der zuschussfähige Betrag an die Pflegeeinrichtung gezahlt wird oder der Betrag von ihr zurückzuzahlen ist, richtet sich nach der Entscheidung der PPV bzw. der jeweiligen Pflegekasse der oder des Anspruchsberechtigten.

6.14.5 Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 43b und § 84 Abs. 9 SGB XI sind zuschussfähig.

Hinweis:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. § 84 Abs. 8 SGB XI gilt entsprechend.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, hierzu zählen auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege, können einen Vergütungszuschlag zur Finanzierung von zusätzlichem Pflegehilfskraftpersonal vereinbaren. § 84 Abs. 9 gilt entsprechend. Der Anspruch auf den Vergütungszuschlag endet am 31.12.2025.

6.15 Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Zuschussfähig sind auch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen. Dies gilt auch für Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des SGB XI, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. § 43a SGB XI gilt entsprechend.

Hinweis:

Zuschussfähig sind 15 % des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, höchstens 266,00 € monatlich. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

6.16 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 - 5 in vollstationärer Pflege haben Anspruch auf Zuschüsse zu dem monatlichen Zuschlag in Höhe der Differenz zwischen dem individuellen Eigenanteil im Dezember 2016 und dem einheitlichen einrichtungsindividuellen Eigenanteil im Januar 2017, wenn dieser höher ist.

§ 141 Abs. 3, 3a, 3b und 3c gilt entsprechend.

Ab 01.01.2022 besteht der Anspruch auf den Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege nur noch bei Aufenthalt in einem Pflegeheim ohne Vergütungsvereinbarung.

6.17 Ambulant betreute Wohngruppen

Entstehen Aufwendungen nach Ziffer 6.4 oder nach Ziffer 6.6 in ambulant betreuten Wohngruppen und sind auch die Voraussetzungen nach § 38a Absatz 1 des SGB XI erfüllt, wird ein weiterer Zuschuss entsprechend § 38a Abs. 1 des SGB XI zum jeweiligen Bemessungssatz gewährt. Daneben sind Aufwendungen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen entsprechend § 45e des SGB XI zuschussfähig.

6.18 Aufwendungen bei Pflegegrad 1

Zuschüsse bei Pflegegrad 1 werden zu den folgenden Leistungen gewährt:

1. Pflegeberatung gem. § 7a und b SGB XI.
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI.
3. Zusätzliche Leistungen für pflegebedürftige Personen in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss.
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 SGB XI.
5. Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40 Absatz 4.
6. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b.
7. Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gem. § 44a SGB XI.
8. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45 SGB XI.

9. Für die Erstattung von Kosten, die der anspruchsberechtigten Person im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 SGB XI entstehen, kann der Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI in Höhe von 125 Euro monatlich in Anspruch genommen werden.
10. Bei vollstationärer Pflege sind gemäß § 43 Absatz 3 SGB XI monatlich 125 Euro zuschussfähig.

§ 28a SGB XI gilt entsprechend.

6.19 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI zuschussfähig.

Für Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig pflegebedürftige Personen wenigstens 10 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 in Verbindung mit § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe c SGB VI vom BEV anteilig zu tragen.

Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus den „Informationen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zur Durchführung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch die Festsetzungsstellen der Beihilfe“, die das BMI durch Rundschreiben bekannt gibt.

Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch das private Pflegeversicherungsunternehmen oder die Pflegekasse. Das BEV bzw. die KVB hat insoweit keine Meldepflicht. Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt die PPV oder die SPV.

6.20 Leistungen nach Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Leistungen bei Pflegezeit nach § 44a SGB XI sind zuschussfähig.

Nach § 44a SGB XI haben Beschäftigte, die nach § 3 PflegeZG von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV wird, auf Antrag Anspruch auf zusätzliche Leistungen, wenn sie nahe Angehörige pflegen, die Anspruchsberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige sind. Auf Beamtinnen und Beamte als Pflegepersonen ist das PflegeZG nicht anzuwenden. Für sie gilt § 92 Abs. 5 BBG.

Hinweis:

Zusätzliche Leistungen sind die Entrichtung des Arbeitslosenbeitrags und die Gewährung eines Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung. Soweit pflegebedürftige Personen Anspruch auf Zuschüsse / Fürsorgeleistungen des BEV haben oder berücksichtigungsfähige Angehörige sind, werden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und der Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von der PPV bzw. den Pflegekassen und dem BEV anteilig gezahlt.

Nähere Einzelheiten sind im Rundschreiben des BMI vom 07.07.2008 geregelt, auf das hiermit Bezug genommen wird.

6.21 Palliativversorgung

Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind ggf. im Rahmen des KVB-Tarifs zuschussfähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. § 37b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Abs. 2 und 3 SGB V gelten entsprechend.

Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre palliativ-medizinische Versorgung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.

Die Aufwendungen sind zuschussfähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a SGB V, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die GKV erbringt. Für die Erbringung dieser Leistungen ist vorrangig die betreffende Krankenversicherung bzw. die Krankenversicherung der KVB zuständig. Darüber hinaus können anteilig Leistungen nach Ziffer 6 erbracht werden, sofern die PPV bzw. die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. Der Zuschuss ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

Hinweise:

1. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zu Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen. Dies gilt für eine Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen entsprechend.

2. Die Aufwendungen der ambulanten Palliativversorgung sind bis zur Höhe entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V zuschussfähig. Dabei ist ausreichend, wenn der Leistungserbringer dies bestätigt. Für Anspruchsberechtigte nach Ziffer 3 und ihre berücksichtigungsfähige Angehörigen bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren.

3. Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, d.h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der GKV abgeschlossen haben.

4. In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist. In diesem Fall bestimmt sich die zuschussfähige „angemessene Vergütung“ an dem Betrag, den die GKV ihrem Zuschuss zugrunde gelegt hat. Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der der GKV in Rechnung gestellten Vergütung.

7 Bemessung des Zuschusses

7.1 Zuschüsse werden als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der zuschussfähigen Aufwendungen der anspruchsberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt oder können, soweit dies in diesen Richtlinien ausdrücklich vorgesehen ist, als Pauschale gezahlt werden. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung.

Der Bemessungssatz für die unter Ziffer 6 genannten Aufwendungen beträgt für

- aktive Anspruchsberechtigte	50 %
- aktive Anspruchsberechtigte mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	70 %
- Empfängerinnen oder Empfänger von Versorgungsbezügen, die als solche anspruchsberechtigt sind	70 %
- berücksichtigungsfähige Ehegattinnen oder Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner	70 %
- ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche anspruchsberechtigt ist	80 %

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Anspruchsberechtigte 70 %. Dies gilt bei mehreren Anspruchsberechtigten nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach § 40 BBesG oder den Auslandszuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2, 2a BBesG beziehen. Ziffer 5.1 gilt entsprechend. Ziffer 7.1 Satz 5 ist nur dann anzuwenden, wenn einer oder einem Anspruchsberechtigten nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 % zusteht. Der Bemessungssatz für anspruchsberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, beträgt 70 %.

Hinweise:

1. *Zu den Waisen gehören auch Halbweisen, soweit sie Halbweisengeld beziehen.*
2. *Bei mehreren Anspruchsberechtigten wird der Bemessungssatz bei der oder dem Anspruchsberechtigten erhöht, die oder der die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für mehr als ein berücksichtigungsfähiges Kind tatsächlich erhält. Die Anspruchsberechtigten bestimmen bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. Eine gesonderte Erklärung der Anspruchsberechtigten ist nicht erforderlich.*

7.2 Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz 50 %.

Hinweise:

1. *Nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Fürsorgeleistungen haben, die im Rahmen der SPV zustehenden Leistungen zur Hälfte. Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 % festgelegt. Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.*

2. *Nicht zum Personenkreis des § 28 SGB XI zählen z.B. die Familienangehörigen von Beamtinnen oder Beamten usw., die auf Grund einer Beschäftigung oder Rente versicherungspflichtig sind. Gleiches gilt z.B. auch für Ehegattinnen oder Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner, die auf Grund einer früheren Beschäftigung als freiwilliges Mitglied bei der GKV weiterversichert und damit Pflichtmitglied der SPV geworden sind.*

7.3 Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung des Bemessungssatzes ausgeschlossen.

8 Begrenzung der Zuschüsse

Der Zuschuss darf zusammen mit Sachleistungen und Erstattungen, die aus demselben Anlass aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung sowie auf Grund von anderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die Höhe der dem Grunde nach zuschussfähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflege tagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen, und das Sterbegeld nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 BeamtVG unberücksichtigt. Die Sachleistungen und Erstattungen sind durch Belege nachzuweisen. Dies gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.

Hinweise:

1. *Für die Begrenzung der Zuschüsse sind die in einem Erstattungsantrag zusammengefassten, dem Grunde nach zuschussfähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Pflegeversicherung gegenüberzustellen. Dem Grunde nach zuschussfähig sind alle in Ziffer 6 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen, nicht jedoch Aufwendungen, deren Zuschussfähigkeit ausgeschlossen ist.*

2. *Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag – etwa für die einzelnen Positionen – die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr sind alle im Antrag gemachten Aufwendungen, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Pflegebedürftigkeit.*

3. *Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Prozentsatz bemessen werden, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.*

4. *Übersteigt der Betrag des nach Ziffer 7 errechneten Zuschusses zuzüglich der zustehenden Erstattung aus einer Pflegeversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach zuschussfähigen Aufwendungen, ist der Zuschuss um den übersteigenden Betrag zu kürzen.*

9 Zahlung der Zuschüsse

9.1 Zuständigkeit und Verfahren

Zuschüsse werden auf schriftlichen Antrag der Anspruchsberechtigten oder durch ein von der KVB freigegebenes Verfahren von der

KVB-Bezirksleitung in:

34117 Kassel

im Auftrag des BEV gewährt. Zur Beantragung sind alle von der KVB freigegebenen Erstattungsformulare zu verwenden. Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen nach Ziffer 6 entscheidet die Bezirksleitung der KVB.

Dem Antrag auf Zuschüsse ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad beizufügen.

Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die KVB nach vorheriger Anhörung der Anspruchsberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung der Anspruchsberechtigten die Zuschüsse selbst beantragen.

In Ausnahmefällen können die Zuschüsse im Einvernehmen mit den Anspruchsberechtigten an Dritte ausgezahlt werden.

Die bei der Bearbeitung des Antrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten, sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben worden sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Befugnis zur Verwendung der Daten für einen anderen Zweck oder die oder der Betroffene hat schriftlich in die Zweckänderung eingewilligt.

Hinweise:

1. Für KVB-Versicherte sind Zuschüsse mit dem Vordruck „KVB-Erstattungsantrag“ zu beantragen, der auf der Vorderseite mit einem „X“ im Kästchen „Pflegeversicherung“ zu kennzeichnen ist.

Dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 SGB XII und § 141 SGB IX (Ziffer 9.5 ff).

2. Die Bezirksleitung der KVB ist bei ihren Einzelfallentscheidungen an die BEV-RiPfl sowie an ergänzende Weisungen der KVB-HV bzw. der BEV-HV gebunden.

3. Unverzichtbar für die Zuschussbearbeitung sind persönliche Angaben zur Identifizierung der oder des Anspruchsberechtigten, Angaben zum Anspruch auf Bezüge und ggf. familienbezogene Zulagen (für die Prüfung der Anspruchsberechtigung und der Berücksichtigungsfähigkeit) und zu sonstigen Ansprüchen (z.B. aus Schadensersatzansprüchen bei Unfällen mit Ersatzpflicht Dritter).

4. Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden (vgl. Hinweis 2 zu Ziffer 4.2). Der eigenständige Fürsorgeanspruch der Halbwaise nach Ziffer 2.1 und 2.2 bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach Ziffer 4 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.

5. Zuschüsse werden nur zu Aufwendungen gewährt, die während des Bestehens einer Anspruchsberechtigung bzw. während der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige bzw. Angehöriger entstanden sind. Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Anspruchsberechtigung bzw. keine Berücksichtigungsfähigkeit mehr, sind Zuschüsse zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach Ziffer 6.1 und 6.2 erfüllt waren.

6. Die Zulassung der Antragstellung durch berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter schafft keine Anspruchsberechtigung; der Fürsorgeanspruch steht materiell unverändert der oder dem Anspruchsberechtigten zu. Eine unbillige Härte kann u.a. dann gegeben sein, wenn auf Grund des Getrenntlebens von Anspruchsberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen den berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Antragstellung durch die oder den Anspruchsberechtigten nicht zuzumuten ist. Das kann z.B. der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass die oder der Anspruchsberechtigte die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährten Zuschüsse nicht zweckentsprechend einsetzt.

Die oder der Anspruchsberechtigte sind vor einer Entscheidung anzuhören.

7. Eine gesetzliche Bestimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten ergibt sich z.B. aus den §§ 106, 108 und 111 des BBG. Aus diesen Richtlinien ergibt sich jedoch grundsätzlich keine Berechtigung oder Verpflichtung zur Weitergabe von Daten.

9.2 Beginn der Zuschussgewährung und Begutachtung

Die Zuschüsse werden ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Die KVB-Bezirksleitung entscheidet über die Zuschussfähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu den Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten Stellung nimmt. Bei Versicherten der PPV oder SPV ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. In anderen Fällen lässt die KVB ein entsprechendes Gutachten erstellen.

9.3 Besonderheiten zum Verfahren (Belege, Abschlagszahlung, Rückforderung, Überweisung)

Zuschüsse werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Zweitschriften der Belege oder Kopien sind grundsätzlich ausreichend.

Hinweis:

Die Belege müssen Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.

9.3.1 Der oder dem Anspruchsberechtigten können auf Antrag Abschlagszahlungen geleistet werden

Hinweis:

In den Fällen nach Ziffer 6.4 und Ziffer 6.12 kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu 12 Monaten monatlich ein Abschlag auf die Zuschüsse gezahlt werden. Danach ist der Zuschuss unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten (vgl. Hinweis 2 zu Ziffer 6.5) endgültig festzusetzen. Der Anspruchsberechtigte hat sich in dem Antrag zu verpflichten, jede Änderung der Angaben im Antrag unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und den Anspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.

9.3.2 Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, zu Unrecht erhaltene Beträge zurückzuzahlen.

Für die Rückforderung gelten die einschlägigen Bestimmungen des VwVfG bzw. nach dem Tod der Beamtin oder des Beamten die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

9.3.3 Die Zuschussbeträge werden grundsätzlich gebührenfrei überwiesen. Wünschen Anspruchsberechtigte eine besondere Zahlungsart, z.B. postbar, oder verlegen sie ihren privaten Wohnsitz ins Ausland, so sind die Mehrkosten von ihnen selbst zu tragen.

9.4 Fristen

Ein Zuschuss wird nur gewährt, wenn er innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde.

9.4.1 Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt hat.

Maßgebend für die Fristwahrung ist der Eingang des Antrages mit Rechnungen beim BEV.

Hinweise:

1. *Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen. Das gilt auch in den Fällen des dritten Absatzes der Ziffer 9.1.*

2. *Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist danach zu gewähren, wenn das Versäumnis der Antragsfrist durch Umstände eingetreten ist, die die oder der Anspruchsberechtigte nicht zu verantworten hat.*

3. *Innerhalb von zwei Wochen nach dem Wegfall des Hindernisses ist sowohl der Antrag nachzuholen als auch glaubhaft zu machen, dass weder die bzw. der Anspruchsberechtigte noch ihr bzw. sein Vertreter das Fristversäumnis zu vertreten hat.*

4. *Ein Jahr nach Beendigung der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nur dann beantragt werden, wenn dies vor Ablauf dieser Frist auf Grund höherer Gewalt unmöglich war. Höhere Gewalt liegt nur dann vor, wenn das Fristversäumnis auf ungewöhnlichen und unvorhersehbaren Umständen beruht und deren Folgen trotz aller Sorgfalt nicht hätten vermieden werden können.*

9.5 Überleitung der Ansprüche

Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII, § 141 SGB IX oder § 27g BVG einen Zuschussanspruch geltend machen. Der Anspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie

er Anspruchsberechtigten zusteht, auf den Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge über. Eine Überleitung nach § 93 SGB XII, § 141 SGB IX oder § 27g BVG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für Anspruchsberechtigte selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für nicht getrennt lebende Ehegattinnen oder Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner oder für berücksichtigungsfähige Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) der oder des Anspruchsberechtigten entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.

9.5.1 Leitet der Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge nicht über, sondern nimmt Anspruchsberechtigte nach § 19 Abs. 5 SGB XII oder § 81b BVG im Wege des Aufwendersatzes in Anspruch, können nur die Anspruchsberechtigten den Zuschussanspruch geltend machen; die Zahlung an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist zulässig. Die Abtretung des Anspruchs an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist ausgeschlossen (vgl. Ziffer 1.2).

9.5.2 Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Ziffer 9.3 vor, wenn die Rechnung:

- den Leistungserbringer (z.B. Pflegeeinrichtung, Heim, Anstalt),
- die Leistungsempfängerin oder den Leistungsempfänger (pflegebedürftige Person),
- die Art der erbrachten Leistungen (z.B. Pflegesachleistung, Pflegegeld),
- den Zeitraum der Leistungserbringung und
- die Höhe der Leistung

enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden.

Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Trägers der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Ziffer 9.4.1) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

10 Zuschussbescheid und Rechtsbehelf

Über die Leistungsentscheidung wird ein Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung erteilt. Der Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung der beantragten Leistung wird schriftlich oder elektronisch erlassen.

Der Zuschussbescheid kann vollständig durch automatische Einrichtung erlassen werden, sofern kein Anlass dazu besteht, den Einzelfall durch einen Amtsträger zu bearbeiten.

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der für die Erteilung des Bescheides zuständigen KVB-Bezirksleitung schriftlich, elektronisch nach Maßgabe des § 3a Absatz 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG), durch Fax oder zur Niederschrift einzulegen.

Über den Widerspruch entscheidet, sofern diese Stellen nicht abhelfen, die Präsidentin des BEV, vertreten durch den Leiter der BEV-Dienststelle Mitte.

Gegen den Widerspruchsbescheid ist Klage bei dem für die Anspruchsberechtigte oder den Anspruchsberechtigten zuständigen Verwaltungsgericht statthaft.

Hinweise:

1. Erheben Anspruchsberechtigte gegen einen Zuschussbescheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung (GPV) anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der GPV auszusetzen; sodann ist unter Berücksichtigung der rechtskräftigen Feststellung der GPV über den Widerspruch zu entscheiden.
2. Für Rechtsstreitigkeiten in Angelegenheiten nach dem SGB XI siehe Hinweis 4 zu Ziffer 6.2.

11 Übergangs- und Schlussvorschriften

Eine unmittelbare Anwendung der BBhV für diejenigen Beamtinnen und Beamten des BEV, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn (DB) und der Deutschen Reichsbahn Beamtinnen und Beamte der DB waren, ist nach § 2 Abs. 4 BBhV ausgeschlossen.

Maßgeblich für die Bezuschussung von Aufwendungen sind die Richtlinien, die zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen in Kraft waren.

Hinweise:

1. Diese Richtlinien gelten nur für Aufwendungen, die nach dem Inkrafttreten entstanden sind. Auf alle Aufwendungen, die bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien entstanden sind, sind die bisherigen Regelungen weiterhin anzuwenden. Das kann dazu führen, dass ggf. die in einer Rechnung zusammengefassten Aufwendungen aufgeteilt werden müssen. Nach bisherigem Recht erteilte Bewilligungen gelten fort.