

Änderung des Tarifs der KVB (Nachtrag 7)
und
Ausschlussliste der KVB (Nachtrag 2)
gültig ab 01.08.2023

Sehr geehrtes Mitglied,

der Vorstand der KVB hat in seiner Sitzung im Mai 2023 einige Änderungen zum Tarif und zur Ausschlussliste der KVB beschlossen.

Der **Nachtrag 7 zum Tarif und Nachtrag 2 zur Ausschlussliste** werden hiermit, vorbehaltlich der Zustimmung der Gremien, 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 zum Tarif / zur Ausschlussliste 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 01.08.2023 folgende Änderungen / Ergänzungen:

Nachtrag 7 zum Tarif

- **Tarifstelle 1**
 - Tarifliche Klarstellung des Erstattungsverfahrens (TS 1.6)
 - Anpassungen aus redaktionellen Gründen (TS 1.20 und TS 1.22)

- **Tarifstelle 4**
 - redaktionelle Klarstellung zur Ausnahmeregelung für Arzneimittel, die der Festbetragsregelung unterliegen (TS 4.1)
 - Einführung von LT-Nummern für Arznei-, Verbandmittel und Medizinprodukte in Hilfsmittelrechnungen

- **Tarifstelle 5**
 - Redaktionelle Anpassung (TS 5.13)
 - Anhebung der Höchstsätze für Heilmittel nach der Leistungstafel Tarifstelle 5
 - Anpassungen zur Leistungsbezeichnung im Bereich der Podologie

Nachtrag 2 zur Ausschlussliste der KVB

- Redaktionelle Änderung:
 - Magnetfeldtherapie
- Neufassung:
 - SIPARI-Methode

Ergänzende Informationen zu § 29 a der Satzung der KVB

Bitte beachten Sie, dass aufgrund der Rentenbestimmungsverordnung 2023 vom 21. Juni 2023 (BGBl. Nr. 164) die Einkommensgrenze für mitversicherte Ehegatten gemäß § 29 a Abs.4 der Satzung der KVB ab dem 01.01.2024 auf 20.878 € angehoben wird.

Die Informationsblätter

- zum Stellen von Erstattungsanträgen (T 1.1)
- zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen (T 2.4)
- zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln (T 4.2)
- zu ambulantem Rehabilitationssport (T 5.1)

wurden neu aufgelegt.

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

Der Kurzwegweiser „Satzung, Tarif, Krankenversorgung“ für die Krankenversorgung wurde zum 01.08.2023 neu aufgelegt. Als Broschüre im handlichen DIN-A 5-Format gibt Ihnen der Kurzwegweiser einen Überblick über die wichtigsten Sachverhalte der jeweils geltenden Leistungsregelungen.

Wenn Sie bisher bereits den Kurzwegweiser zu den Leistungen der Krankenversorgung dauerhaft bestellt haben, ist die jeweilige neue Ausgabe zum 01.08.2023 dieser Lieferung automatisch beigelegt.

Sie haben Satzung und Tarif als persönliches Druckstück bestellt und erhalten daher als Anlage zu unserem Schreiben vom Juli 2023 den Nachtrag 7 zum Tarif und den Nachtrag 2 zur Ausschlussliste in gedruckter Form mit Austauschseiten.

Alle geänderten Textpassagen im Tarif und in der Ausschlussliste 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

54.1 bis 54.2	1	54.1 bis 54.2	1
---------------	---	---------------	---

Tarif im Ordner unter Register Nummer 2

1 bis 2	1	1 bis 2	1
7 bis 10	2	7 bis 10	2
13 bis 14	1	13 bis 14	1
17 bis 18	1	17 bis 18	1
33 bis 36	2	33 bis 36	2
45 bis 58	8	45 bis 58	8

Ausschlussliste im Ordner unter Register Nummer 3

1 bis 2	1	1 bis 2	1
19 bis 20	1	19 bis 20	1
23 bis 24	1	23 bis 24	1

Informationsblätter im Ordner unter Register Nummer 4*

	6		6
Anzahl Blatt gesamt	25	Anzahl Blatt gesamt	25

***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 1.1 - Informationen zum Stellen von Erstattungsanträgen
- T 2.4 - Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen
- T 4.2 - Informationen zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln
- T 5.1 - Informationen zu ambulantem Rehabilitationssport

Nachfolgend

Austauschblätter zu Satzung und Tarif

**Informationsblatt zu den Einkommensgrenzen nach § 29a Absatz 4
Stand 04. Juli 2023***

Jahr	Einkommensgrenze
2021	20.000 €
2024	20.878 €

(*nicht Bestandteil der Satzung)

Fortsetzung Seite 55



**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	
7	Nachtrag 7	01.08.2023	

Erstattungsantrag, Rechnungsermächtigungen (TS 1.6 - 1.7)

Erstattungsantrag

1.6 - Zuschüsse sind mit dem Vordruck „Erstattungsantrag“ (Anlage 2 - Vordruck 115/V 02), dem alle Belege beizufügen sind, in Schriftform über den Postweg, oder elektronisch ausschließlich über die KVB ServiceApp zu beantragen.

Der Erstattungsantrag mit Vordruck nach Anlage 2 ist mit den Belegen in Papierform vom Antragsteller auf seine Kosten an die Bezirksleitung zu senden. Eigene Kosten für die Nutzung der KVB ServiceApp sind vom Antragsteller zu tragen.

Die Bearbeitung von Erstattungsanträgen verursacht erheblichen Verwaltungs- und Kostenaufwand. Es wird daher den Mitgliedern empfohlen, bezahlte Rechnungen über geringere Beträge innerhalb der Ausschlussfrist (vgl. Satzung § 31) zu sammeln und mit einem Vordruck „Erstattungsantrag“ in Papierform vorzulegen oder bei Nutzung der KVB ServiceApp gesammelt zu übermitteln. Bei lang anhaltender oder laufender Behandlung mit höherem Kostenaufwand sollen nach Möglichkeit Zwischenrechnungen zur Erstattung eingereicht werden.

Nachträgliche Rechnungsermächtigungen oder Preisnachlässe

1.7 - Nachträgliche Rechnungsermächtigungen oder Preisnachlässe sind der Bezirksleitung unverzüglich anzuzeigen.

Gebührenordnungen für Ärzte/Zahnärzte/Psychotherapeuten/Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Verträge der KVB (TS 1.8 - 1.10)

GOÄ, GOZ, GOP

1.8 - Der Erstattung von Kosten für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung werden die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) zugrunde gelegt, soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist. Die Angemessenheit der Aufwendungen (vgl. TS 1.2) beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der GOÄ/GOZ/GOP. Liegen besondere begründete Umstände nicht vor, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Mehraufwendungen aufgrund einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOÄ, GOZ oder GOP sind nicht zuschussfähig. Soweit Verträge anzuwenden sind, richtet sich die Höhe des Honorars ausschließlich nach den Verträgen.

Beitragsgruppen

1.9 - Nach der Satzung (§ 28 Abs. 3 und 4) ergibt sich folgende Beitragsgruppeneinteilung:

<u>Beitragsgruppen</u>	<u>Bezeichnung der Beamten und Angestellten</u>
1 und 51	Amtsgehilfe, Beamte im Vorbereitungsdienst, Fach- und Hochschulpraktikanten, Vergütungsgruppe X
2 und 52	Oberamtsgehilfe, Betriebsaufseher, Bundesbahnschaffner, Vergütungsgruppe X
3 und 53	Hauptamtsgehilfe, Betriebsoberaufseher, Bundesbahnoberaufseher, Vergütungsgruppe IXb
4 und 54	Amtsmeister, Betriebshauptaufseher, Bundesbahnhauptaufseher, Triebwagenführer, Vergütungsgruppe IXa
5 und 55	Oberamtsmeister, Bundesbahnbetriebsassistent, Bundesbahnassistent, Techn. Bundesbahnassistent, Obertriebwagenführer, Reservelokführer, Werkführer, Vergütungsgruppe VIII
6 und 56	Bundesbahnsekretär, Regierungssekretär, Techn. Bundesbahnsekretär, Lokomotivführer, Werkmeister, Vergütungsgruppe VII
7 und 57	Bundesbahnobersekretär, Regierungsobersekretär, Techn. Bundesbahnobersekretär, Oberlokomotivführer, Oberwerkmeister, Vergütungsgruppe VIb/VIa
8 und 58	Bundesbahnhauptsekretär, Regierungshauptsekretär, Techn. Bundesbahnhauptsekretär, Hauptlokomotivführer, Hauptwerkmeister, Vergütungsgruppe Vc
9 und 59	Amtsinspektor, Techn. Amtsinspektor, Bundesbahnbetriebsinspektor, Techn. Bundesbahnbetriebsinspektor, Bundesbahninspektor, Techn. Bundesbahninspektor, Regierungsinspektor, Lokomotivbetriebsinspektor, Vergütungsgruppe Vb/VIa
10 und 60	Bundesbahnoberinspektor, Regierungsoberinspektor, Techn. Bundesbahnoberinspektor, Vergütungsgruppe IVb
11 und 61	Bundesbahnamtman, Regierungsamtman, Techn. Bundesbahnamtman, Vergütungsgruppe IVa
12 und 62	Amtsrat, Bundesbahnamtsrat, Regierungsamtsrat, Techn. Bundesbahnamtsrat, Vergütungsgruppe III/IIb, Beamte der Besoldungsgruppe C 1
13 und 63	Oberamtsrat, Bundesbahnoberamtsrat, Regierungsoberamtsrat, Techn. Bundesbahnoberamtsrat, Bundesbahnrat, Regierungsrat, Vergütungsgruppe IIa
14 und 64	Bundesbahnoberrat, Oberregierungsrat, Bahnarzt, Vergütungsgruppe Ib
15 und 65	Bundesbahndirektor, Regierungsdirektor, Bahnarzt, Vergütungsgruppe Ia, Beamte der Besoldungsgruppe C 2
16 und 66	Ministerialrat, Abteilungspräsident, Leitender Bundesbahndirektor, Leitender Regierungsdirektor, Bahnarzt, Beamte der Besoldungsgruppe C 3
17 und 67	Beamte der Besoldungsordnung B, ADO-Angestellte, Bahnarzt, Beamte der Besoldungsgruppe C 4
68	Waise

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.

Leistungserbringer, 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.

Besuchsfahrten

1.18 - Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht zuschussfähig.

Abweichend hiervon können Aufwendungen für Besuchsfahrten der Eltern zu ihrem stationär untergebrachten schwer erkrankten Kind, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, im Rahmen der TS 1.17.1 sowie 4 als zuschussfähig anerkannt werden, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind.

Dauernde Pflegebedürftigkeit

1.19 - Erfolgt wegen dauernder Pflegebedürftigkeit vollstationäre Pflege, werden Leistungen für Behandlungspflege, Pflegehilfsmittel und technische Hilfen ausschließlich von der Pflegeversicherung nach Maßgabe der dort geltenden Bestimmungen erbracht.

Abweichend hiervon ist eine Verordnung von Behandlungspflege zu Lasten der Krankenversorgung für Versicherte in Pflegeheimen zuschussfähig, die auf Dauer (voraussichtlich für mindestens 6 Monate) einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (Voraussetzungen s. TS 5.8).

Als Behandlungspflege gelten ambulante ärztliche Behandlung (vgl. TS 2) und Behandlungen besonderer Art (vgl. TS 5), die allein durch die Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Erfolgt wegen dauernder Pflegebedürftigkeit ambulante Pflege, werden Kosten für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen von der Pflegeversicherung nach Maßgabe der dort geltenden Bestimmungen erstattet, wenn sie nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der KVB zu bezuschussen sind (vgl. TS 7).

Nehmen Mitglieder die ihnen aus der Pflegeversicherung zustehenden Leistungen nicht in Anspruch oder lehnen sie derartige Leistungen ab, so sind diese Leistungen der Pflegeversicherung gleichwohl fiktiv als gewährte Leistungen zu berücksichtigen; ein Leistungsanspruch gegen die KVB besteht in diesen Fällen nicht.

Für den Bereich der Pflegeversicherung vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sind nicht zuschussfähig.

Eigenanteile / Abzugsbeträge

1.20.1 - Bei Ermittlung der zuschussfähigen Aufwendungen sind nicht zuschussfähige Eigenanteile in folgendem Umfang in Abzug zu bringen:

1. 10 vom Hundert der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
 - a) Arznei-, Verbandmitteln, Medizinprodukten nach TS 4 und Produkten nach TS 4.4 a) je Packung. Ist aufgrund der Verordnung kein Packungsgrößenkennzeichen bzw. keine Bezugseinheit bestimmbar (z. B. Sondennahrung), bestimmt die Verordnungszeile die Höhe der Eigenanteile,
 - b) Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körpersersatzstücken nach TS 7. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln nach TS 7.3 höchstens 10 € für den Monatsbedarf ohne Anwendung des Mindestabzugsbetrages von 5 €,

- c) Fahrtkosten je Fahrt nach TS 1.17; bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung, bei ambulant durchgeführten Operationen bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlung in dem jeweiligen Behandlungsfall, bei teilstationärer Behandlung (Tagesklinik) sowie bei einer ärztlich verordneten ambulanten Chemo-/ Strahlentherapie entstehenden Fahrtkosten ist der Abzugsbetrag nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen,
 - d) Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag,
 - e) Soziotherapie je Kalendertag.
- 2. 10 € je Kalendertag bei Aufwendungen nach TS 8.1 bei vollstationären allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 BPfIV und § 2 Abs. 2 KHEntgG und bei Behandlung in Krankenhäusern, die die BPfIV und das KHEntgG nicht anwenden, sowie bei Aufwendungen für die Übergangspflege im Krankenhaus nach TS 8.8, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr.
 - 3. 10 vom Hundert der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege je Kalenderjahr nach TS 5.6 b) und 10 € je Verordnung.

1.20.2 - Beträge nach TS 1.20.1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen bei Fahrtkosten nach TS 1.17,
- b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- c) Leistungen nach TS 5 und 7, soweit zuschussfähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind, sowie Hilfsmittel nach den LT Nrn. 07 118-119, 07 610, 07 620-621, 07 630-631, 07 910,
- d) Leistungen, soweit die Härtefallregelung nach TS 1.21 zur Anwendung kommt,
- e) Aufwendungen von Spendern nach TS 1.27,
- f) Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nach TS 9 einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel,
- g) Arzneimitteln nach TS 4, wenn auf Grund eines Arzneimittelrückrufes oder einer von der zuständigen Behörde vorgenommenen Einschränkung der Verwendbarkeit eines Arzneimittels erneut ein Arzneimittel verordnet werden musste,
- h) Apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel, die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und
 - nach LT Nr. 04 122 – 123 in Arzt-/Zahnarztrechnungen als Auslagen abgerechnet oder
 - auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor selbst beschafft wurden,
- i) Arzneimittel, die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 31 Abs. 3 SGB V von der Zuzahlung freigestellt sind,
- j) Harn-/Blutteststreifen.

Komplextherapien, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen

1.22 - Werden Leistungen in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene zu tragen sind, zuschussfähig.

Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.

Zu den Komplextherapien gehören u.a. Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, Diabetiker- und Adipositaschulungen, Neurodermitisschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnituschulungen, ambulante kardiologische Therapien, sozialmedizinische Nachsorgeleistungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 46 SGB IX. Keine Komplextherapien sind Soziotherapien und psychiatrische Krankenpflege.

Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen und von psychosomatischen Institutsambulanzen sind entsprechend § 118 SGB V zuschussfähig bis zur Höhe der Vergütungen, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat.

Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119 Absatz 1 Satz 1 des SGB V ermächtigt wurden, sind zuschussfähig bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat.

Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht zuschussfähig.

Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in Höhe der Pauschalbeträge zuschussfähig, wenn hierzu Verträge zwischen Leistungserbringern und privaten Krankenversicherungsunternehmen oder Beihilfeträgern abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V bestehen.

Aufwendungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen sind zuschussfähig bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Personen, die das 14., in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn die Maßnahmen

1. durchgeführt werden im Anschluss an
 - a) eine Behandlung in einem Krankenhaus, das nach § 108 SGB V zugelassen ist,
 - b) eine Behandlung in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen des § 107 (1) SGB V erfüllt, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist oder
 - c) eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der TS 8.9 Abs. 1 und 4 und
2. erforderlich sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

1.23 - Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sind zuschussfähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist.

Hinsichtlich der Höhe der Vergütungen gilt Tarifstelle 1.22, Satz 1, sinngemäß.

Aufwendungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) sind nicht neben Aufwendungen der SAPV zuschussfähig.

Stationäre Versorgung in Hospizen

1.24 - Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, werden bezuschusst, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung 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 gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Darüber hinaus können von der Pflegeversicherung Leistungen erbracht werden. Der Zuschuss ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

Förderung ambulanter Hospizdienste analog § 39a (2) SGB V

1.25 - Die KVB fördert ambulante Hospizdienste für erbrachte Sterbebegleitung einschließlich palliativ-pflegerischer Beratung bei Mitgliedern und mitversicherten Angehörigen.

Mit der Förderung leistet die KVB einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten des ambulanten Hospizdienstes für die palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechende ausgebildete Fachkräfte sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für Sterbebegleitung zur Verfügung stehen.

Die Förderung ist in einer Vereinbarung zwischen der KVB und dem PKV-Verband geregelt.

Tarifstelle 4

Arznei-, Verbandmittel und

Medizinprodukte

(Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)

Zuschussfähige Aufwendungen

4.1 - Zuschussfähig sind die vom Arzt / Zahnarzt bei der ärztlichen / zahnärztlichen Behandlung verbrauchten oder nach Art und Umfang vor dem Kauf schriftlich verordneten

- a) 1. apothekenpflichtigen Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes (AMG),
2. Verbandmittel,
3. Harn- und Blutteststreifen,

sofern nicht die Zuschussfähigkeit nach TS 4.2 ausgeschlossen ist,

- b) Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung und in der Anlage V der AM-RL genannt sind. Die Verordnung muss aufgrund der in der Anlage V der AM-RL dort zugeordneten „medizinisch notwendigen“ erfolgen. Erforderlich sind die Angabe der Diagnose und der Verwendungszweck.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt wurde, sind nur bis zur Höhe des Festbetrages zuschussfähig. Arzneimittel sind im Einzelfall über den Festbetrag hinaus zuschussfähig, wenn

1. nachgewiesen wird, dass eine Versorgung zum Festbetrag nicht möglich war oder
2. das Arzneimittel gemäß Anlage VII, Teil B, der Arzneimittel-Richtlinie vom Austausch ausgeschlossen ist.

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.

Nicht zuschussfähige Aufwendungen

4.2 - Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel, die nach der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgrund § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Hierzu gehören insbesondere:

- Lifestyle-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, die gemäß § 34 Abs. 1 SGB V in der Anlage II der AM-RL explizit aufgeführt sind.

- Verschreibungspflichtige Arzneimittel die gemäß § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V in § 13 der AM-RL unter nachfolgender lfd. Nr. explizit aufgeführt sind:
 1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten,
 2. Mund- und Rachentherapeutika,
 3. Abführmittel,
 4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Die vorgenannten Arzneimittel sind ausnahmsweise zuschussfähig, wenn eine in der AM-RL genannte Ausnahmeindikation vorliegt bzw. das Arzneimittel für Minderjährige verordnet wurde.

- Arzneimittel, 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 und die gemäß § 35b Abs. 2 SGB V in der Anlage III der AM-RL unter nachfolgenden lfd. Nrn. explizit aufgeführt sind:
 2. - Alkoholentwöhnungsmittel
 11. - Antidiabetika, orale
 13. - Antidysmenorrhöika
 19. - traditionell angewendete Arzneimittel nach § 109 Absatz 3 und § 109a AMG oder traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a AMG
 21. - Clopidogrel (Monotherapie)
 - 21a. - Clopidogrel (Kombinationstherapie)
 33. - Insulinanaloga (schnell wirkend)
 - 33a. - Insulinanaloga (lang wirkend)
 39. - Prostatamittel
 43. - Saftzubereitungen für Erwachsene
 50. - Glinide

Die vorgenannten apothekenpflichtigen Arzneimittel sind ausnahmsweise zuschussfähig, wenn eine in der AM-RL genannte Ausnahmeindikation vorliegt. Erforderlich ist die Angabe der Diagnose. Arzneimittel nach Nr. 33. oder 33a. sind auch zuschussfähig, wenn zwischen KVB und Hersteller ein Rabattvertrag abgeschlossen wurde.

b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind.

Dies gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Ausgenommen sind Präparate nach Anlage III Nr. 19 der Arzneimittelrichtlinien.

Ausnahmsweise zuschussfähig sind:

1. nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die nach § 12 der AM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses verordnet werden dürfen. Erforderlich ist die Angabe der Diagnose;
2. auf Antrag Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel in voller Höhe, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel für KVB-Mitglieder sowie deren mitversicherten Angehörigen
 - 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. Ausgenommen sind Präparate nach Anlage III Nr. 19 der Arzneimittelrichtlinien;

3. nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die bei einer ambulanten Behandlung bzw. für diagnostische Zwecke und Untersuchungen benötigt werden und entweder in der Rechnung als Auslagen abgerechnet (LT Nr. 04 122 oder LT Nr. 04 123) oder auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor selbst beschafft werden mussten (LT Nr. 04 210 – 219 oder LT Nr. 04 940 - 949).

c) gesondert ausgewiesene Versandkosten.

4.3 - bleibt frei

Nahrungsergänzung und Sondennahrung

4.4 - Zuschussfähig nach LT Nr. 04 140 - 04 159 sind die vom Arzt nach Art und Umfang schriftlich verordneten

- a) Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen;
- b) Elementardiäten für Säuglinge (bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr) mit Kuhmilcheiweißallergie; dies gilt ferner für einen Zeitraum von einem halben Jahr bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

Im Übrigen sind Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Krankenkost und diätetische Lebensmittel nicht zuschussfähig.

Wiederholter Bezug

4.5 - 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.

Empfängnisregelnde Mittel

4.6 - Ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind zuschussfähig für Personen bis zur Vollendung des zweiundzwanzigsten Lebensjahres. Darüber hinaus sind empfängnisregelnde Mittel nur zuschussfähig, sofern sie als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden. Dies ist durch ärztliche Bescheinigung mit Angabe der ausführlichen Diagnose und der voraussichtlichen Behandlungsdauer zu belegen.

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
04 110 -119	Apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukte	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 122	Apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukte in Arzt-/ Zahnarztrechnungen	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 123	Apothekenpflichtige Arzneimittel nach LT Nrn. 04 910 - 939 in Arzt-/ Zahnarztrechnungen	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 125 -129	Harn-/ Blutteststreifen	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 140 -149	Nahrungsergänzung und Sondennahrung nach TS 4.4 a)	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 150 -159	Nahrungsergänzung und Sondennahrung nach TS 4.4 b)	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 160 -169	Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukte in Hilfsmittelrechnungen	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 210 -219	- Apothekenpflichtige Arzneimittel, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 31 Abs. 3 SGB V von der Zuzahlung freigestellt sind oder - Apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung zur Verwendung in der amb. Behandlung bzw. für diagnostische Zwecke zuvor selbst beschafft wurden.	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 310 -319	Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, nach TS 4.2 b) 2.	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 910 -919	Tuberkulostatika (Tbc-Behandlung)	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)

Ambulanter Rehabilitationssport

5.13 - Zuschussfähig sind ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der Rahmenvereinbarung „Rehabilitationssport und Funktionstraining“ in der jeweils gültigen Fassung.

Zu den zuschussfähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder allgemeine Fitness-Übungen.

Abweichend von TS 1.17 sind Fahrtkosten nicht zuschussfähig.

Soziotherapie

5.14 - Aufwendungen für eine Soziotherapie werden bezuschusst, wenn

- die behandelte Person wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen,
- sie von Ärzten, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen, verordnet wird, und
- dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Für die Durchführung der Soziotherapie gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) entsprechend.

Die Aufwendungen sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Verträge mit den Leistungserbringern zuschussfähig.

Wegen Eigenanteilen / Zuzahlungen siehe TS 1.20.1.

Kommunikationshilfen

5.15 - Aufwendungen für Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte Mitglieder oder mitversicherte Angehörige sind zuschussfähig, soweit sie zu deren Kommunikation mit den Leistungserbringern im Einzelfall erforderlich sind und im Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde.

Als Kommunikationshilfe kommen Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher oder andere nach der Kommunikationshilfeverordnung (KHV) zugelassene Hilfen in Betracht. Bezuschusst werden nach LT Nr. 05 810 die Einsatzzeit nach § 9 Abs. 5 JVEG - Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (Stand 01.01.21: 85,00 € / Stunde) zuzüglich erforderlicher Reisezeiten (§ 8 Absatz 2 JVEG) und erforderliche Fahrtkosten (§ 8 Absatz 1 Nr. 2 i. V. m. § 5 JVEG) der Kommunikationshilfe.

Die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe ist durch das Mitglied oder den mitversicherten Angehörigen zu veranlassen.

Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung

5.16 - Aufwendungen für Palliativversorgung (Physiotherapeutische Komplexbehandlung) sind nach LT Nr. 05 171 zuschussfähig, sofern diese nicht nach der Richtlinie für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach TS 1.23 erbracht werden.

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 113	Inhalationen¹⁾	80% aus höchstens €
	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	11,20
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80
	c) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	7,50
	d) Radon-Inhalation im Stollen	14,90
	e) Radon-Inhalation mittels Hauben	18,20
05 133	Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	61,10
	a) Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage als Einzelbehandlung, Richtwert ⁴⁾ 20 Minuten	26,80
	b) Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	42,50
	c) Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert 45 Minuten	53,10
	d) Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 25 Minuten, je Teilnehmer	12,00

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Krankengymnastik, Bewegungsübungen (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	e) Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmer	15,00
	f) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert 60 Minuten	80,30
	g) bleibt frei	
	h) Bewegungsübungen als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	12,40
	hh) Bewegungsübungen in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 20 Minuten	7,70
	i) Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20
	ii) Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20
	j) Krankengymnastik in einer Gruppe im Bewegungsbad (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	21,80
	jj) Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	21,80
	k) Krankengymnastik in einer Gruppe im Bewegungsbad (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60
	kk) Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Krankengymnastik, Bewegungsübungen (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	l) Manuelle Therapie, Richtwert 25 Minuten	32,20
	m) Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert 20 Minuten	19,00
	n) Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	8,80
	o) Gerätegestützte Krankengymnastik, (Richtwert 60 Minuten) - begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr - je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)	50,40
	p) Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder Medizinische Trainingstherapie (MTT), (Richtwert 60 Minuten) - begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr - je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)	50,40
05 143	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)³⁾	
	Richtwert 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 163	Massagen	80% aus höchstens €
	a) Massage einzelner oder mehrerer Körperteile - Klassische Massagetherapie (KMT), Reflexzonen-, Segment-, Periostr-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert 20 Minuten	19,60
	aa) Massage einzelner oder mehrerer Körperteile - Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert 30 Minuten	23,50
	b) Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	- Teilbehandlung, Richtwert 30 Minuten	32,50
	- Großbehandlung, Richtwert 45 Minuten	48,70
	- Ganzbehandlung, Richtwert 60 Minuten	65,00
	- Kompressionsbandagierung einer Extremität ²⁾	20,70
	c) Unterwasserdruckstrahlmassage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -, Richtwert 20 Minuten	30,50
05 171	Palliativversorgungen	
	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 182	Packungen	80% aus höchstens €
	a) Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,60
	b) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	15,60
	c) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	- Teilpackung	36,20
	- Großpackung	47,80
	d) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,70
	e) Kaltpackung (Teilpackung)	
	- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	10,20
	- Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
	f) Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
	g) Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	6,10
	h) Trockenpackung	4,10
05 192	Hydrotherapie	
	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 195	Bäder	80% aus höchstens €
	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	16,20
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	26,40
	c) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,10
	d) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	17,60
	e) Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	25,10
	f) Naturmoor-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	43,30
	g) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	52,70
	h) Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - - Teilbad	37,90
	- Vollbad	43,30
	i) Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
	j) Hand- oder Fußbad mit Zusatz	8,80
	k) Teilbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	17,60
	l) Vollbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	24,40

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 195	Bäder (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	m) Bei mehreren Zusätzen, je weiterer Zusatz	4,10
	n) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	25,70
	o) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,70
	p) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	27,70
	q) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	24,40
	r) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht zuschussfähig.	
	Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach LT Nr. 05 195 j), k), l) und o) um 4,10 €. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der LT Nr. 05 195 m) zuschussfähig.	

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 223	Kälte- und Wärmebehandlung	80% aus höchstens €
	a) Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
	b) bleibt frei	
	c) bleibt frei	
	d) Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert 20 Minuten	7,50
	e) Ultraschall - Wärmetherapie	13,30
05 232	Elektrotherapie	
	a) bleibt frei	
	b) Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
	c) bleibt frei	
	d) Elektrostimulation bei Lähmungen	16,90
	e) Iontophorese	8,20
	f) Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
	g) Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,00

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 313	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	80% aus höchstens €
	a) Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik zuschussfähig	111,20
	b) Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls zuschussfähig	55,60
	c) Bericht	
	- an die verordnende Person	6,20
	- auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
	d) Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	- Richtwert 30 Minuten	49,40
	- Richtwert 45 Minuten	68,00
	- Richtwert 60 Minuten	86,50
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht zuschussfähig.	

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 313	<p>Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Fortsetzung)</p> <p>e) Gruppenbehandlungen bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppe (2 Personen), Richtwert 45 Minuten - Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert 45 Minuten - Gruppe (2 Personen), Richtwert 90 Minuten - Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert 90 Minuten <p>Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht zuschussfähig.</p>	<p>80% aus höchstens €</p> <p style="text-align: right;">61,20</p> <p style="text-align: right;">34,60</p> <p style="text-align: right;">111,20</p> <p style="text-align: right;">56,10</p>
05 343	<p>Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)</p> <p>a) Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall</p> <p>b) Einzelbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten - bei sensomotorischen / perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten - bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 60 Minuten - als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall - bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten 	<p style="text-align: right;">41,80</p> <p style="text-align: right;">45,20</p> <p style="text-align: right;">60,90</p> <p style="text-align: right;">76,20</p> <p style="text-align: right;">135,60</p>

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 343	Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 120 Minuten	182,60
	- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	152,32
	c) Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmer	35,90
	- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	48,70
	- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 60 Minuten, je Teilnehmer	60,30
	d) Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmer	16,50
	- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	21,40
	- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 90 Minuten, je Teilnehmer	39,30
e) Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	50,10	
f) Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	152,40	
g) Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert 30 Minuten je Teilnehmer	39,40	
h) Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen), Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	21,40	

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 353	Ernährungstherapie	
	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	68,00
	aa) Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	34,00
	b) Berechnung und Auswertung von Ernährungs- protokollen und Entwicklung entsprechender indi- vidueller Empfehlungen, Richtwert 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung - jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr - zu- schussfähig	55,50
	c) Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Ver- ordnung - jedoch maximal viermal je Kalenderjahr - zuschussfähig	55,50
	d) Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	34,00
	dd) Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maxi- mal 16 Behandlungen pro Jahr	68,00
	e) Gruppenbehandlung, Richtwert 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	23,80
	Sonstige Leistungen zu LT Nrn. 05 113 bis 05 353 und 05 402	
05 363	a) Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
	b) Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal	22,40
	c) Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer so- zialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	14,61

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 364	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person, je km Nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges. Ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind LT Nrn. 05 363 a) und 05 363 b) und 05 364 nur anteilig je Patient ansetzbar.	0,30
05 365	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,30
05 402	Podologie	
	Podologische Behandlung (klein) ⁵⁾ Richtwert 35 Minuten	30,70
	Podologische Behandlung (groß) ⁵⁾ Richtwert 50 Minuten	44,00
	Podologische Befundung, je Behandlung	3,00
	a) Erstbefundung	48,80
	b) Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	86,60
	c) Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	47,40
	d) Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	43,40
	e) Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	86,90

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 402	Podologie (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	f) Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	47,70
	g) - k) bleibt frei	
	l) Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	15,20
	m) Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	22,80
05 610	Behandlungspflege - bei Pflege durch Pflegefachkraft / Nicht-Fachkraft	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
05 611	Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
05 613	Kurzzeitpflege in zugelassener Pflegeeinrichtung bei fehlender Pflegebedürftigkeit	80% aus höchstens € 1.774,00
05 703 - 705	ambulanter Rehabilitationssport - (je Übungseinheit)	80% aus höchstens € 8,20
05 712 - 713	Funktionstraining (je Übungseinheit)	80% aus höchstens € 8,20
05 800	Soziotherapie	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
05 810	Sonstiges	80% der zuschussfähigen Aufwendungen

Leistungstafel
(gültig für ab 01.08.2023 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 812	Fahrtkosten für Ambulante Rehabilitation nach TS 5.10	80% aus höchstens € 10,00
05 910	Tbc-Behandlung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

- 1) Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert zuschussfähig.
- 2) Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben zuschussfähig.
- 3) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als zuschussfähig anerkannt werden.
- 4) Richtwert im Sinne der Leistungstafel ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.
- 5) Die Podologische Behandlung (klein) beinhaltet die Hornhautabtragung oder die Nagelbearbeitung. Die Podologische Behandlung (groß) entspricht der podologischen Komplexbehandlung. Der jeweilige Zeitansatz (Richtwert) umfasst die Behandlung an einem Fuß oder beiden Füßen.



**Verzeichnis
der
von der Erstattung ausgeschlossenen
oder
bedingt anzuerkennenden
Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Ausschlussliste der KVB -**

Gültig vom 1. Januar 2019 an

Geschäftsführung: Hauptverwaltung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Verteilungsplan

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

Diese Ausschlussliste ersetzt die Ausgabe vom 01.01.2009.

Berichtigungen

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekannt gegeben durch	Gültig vom _____ an	Berichtigt am durch
1	Nachtrag 1	01.04.2021	
2	Nachtrag 2	01.08.2023	



Laser-Ginkgo-Kombinationstherapie

seit
01.01.02

Wird eine **Laser-Ginkgo-Kombinationstherapie** zur Behandlung von Innenohrstörungen (Tinnitus) durchgeführt, ist ausnahmsweise eine Kostenübernahme nur bei entsprechender ärztlicher Begründung im Einzelfall möglich, wenn vorher alle klassischen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft worden sind.

Lichtimpfung

Siehe **DermoDyne-Therapie**
(DermoDyne-Lichtimpfung).

M

Magnetfeldtherapie

seit
01.01.02

Nach derzeitiger Erkenntnis ist diese Therapie nicht als wissenschaftlich allgemein anerkannt anzusehen. Sie ist grundsätzlich nicht erstattungsfähig.

Ausnahmen sind nur möglich bei Behandlung von

- a) verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird,
- b) atrophen Pseudarthrosen,
- c) Endoprothesenlockerung,
- d) idiopathischer Hüftkopfnekrose,
- e) psychiatrischer Erkrankung.

Medikamententests

Siehe **Ganzheitsbehandlung auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage**
[Medikamententests nach der bioelektrischen Funktionsdiagnostik (BFD)].

Siehe **Herd- und Medikamententests**.

Mikrobiologische Therapie

Siehe **Behandlung mit Autovakzinen**.

Modifizierte Eigenblutbehandlung

**seit
01.01.02**

Eine Therapie mit dem eigenen, möglichst frischen Blut soll die körpereigene Abwehr anregen. Es sollen vermehrt Antikörper gegen die "pathogenen Eigenschaften" des Blutes gebildet werden. Auf diese Weise soll ein Impuls zur Antigen-Antikörper-Reaktion gegeben, das Immunsystem stabilisiert und der kranke oder geschwächte Körper auf biologisch natürliche Weise zur Selbstheilung angeregt werden.
Vor der Re-Injektion in den Körper wird das Blut u.a. mit UV-Bestrahlung und/oder Zusatz von Ozon-/ Sauerstoffgemischen bzw. Mitteln und Stoffen behandelt (z.B. nach Dr. Garthe, Gegensensibilisierung nach Theurer).

Mora-Therapie

Siehe **Ganzheitsbehandlung auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage.**

Moxibustion

**seit
01.01.02**

Die Moxibustion ist eine alternativmedizinische Behandlungsform, die zur Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) gehört und bei der dieselben Punkte wie bei einer Akupunktur behandelt werden.
Beim „Moxen“ werden kleine Mengen Heilkräuter auf oder über den Akupunkturpunkten abgebrannt. Durch die Hitze einwirkung sollen das Meridiansystem stimuliert und dadurch körpereigene Energien wieder zum Fließen gebracht werden.

N

Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

**seit
01.10.98**

Das Behandlungsverfahren soll zur Beschleunigung der Heilungszeit bei frischen Frakturen, verzögerter Knochenbruchheilung, Pseudarthrosen und bei Morbus Sudeck führen.
Die Analyse und Bewertung aller Stellungnahmen, der wissenschaftlichen Literatur und sonstigen Fundstellen durch den gemeinsamen Bundesausschuss konnte keinen hinreichenden Beleg für die Wirksamkeit und medizinische Notwendigkeit bei den verschiedenen Indikationen erbringen.

Neurostimulation nach Molsberger

**seit
01.01.19**

Die Neurostimulation nach Molsberger ist entsprechend der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. keine wissenschaftlich anerkannte Heilmethode.

Rolfing-Behandlung

seit
01.01.02

Die Rolfing-Behandlung ist eine manuelle Behandlungsmethode, die sich aus Spezialmassagebehandlungen entwickelt hat und heute als Ganzkörpermassage durchgeführt wird. Das Ziel ist die Maximierung des persönlichen körperlichen und geistig-seelischen Wohlbefindens.

S

Sauerstoff-Darmsanierung

Siehe **Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nicht-ionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme.**

Sauerstoff-Therapie, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie

Siehe **Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nicht-ionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme.**

SIPARI-Methode

seit
01.01.19

Bei der SIPARI-Methode handelt es sich um einen Behandlungsansatz, der aus der Arbeit mit chronisch kranken Aphasikern entwickelt wurde und darauf abzielt, an Hand eines spezifisch, abgestuften Trainings sowohl die sprachlichen als auch die sprechmotorische Leistung der Betroffenen zu verbessern. Aufwendungen der SIPARI-Methode sind nicht zuschussfähig.

Spagyrik

Siehe **Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden.**

Spagyrische Substanz- und Blutanalyse

seit
01.01.02

Es handelt sich um ein Verfahren, bei dem durch Untersuchung eines Kristallisats aus Blut, Urin oder Gewebeteilen Krankheiten diagnostiziert und durch Erstellen spezieller pharmazeutischer Zubereitungen therapiert werden sollen.

Subaquales Darmbad

Siehe Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen.

Symbionten-Kulturen

Siehe Behandlung mit Symbionten-Kulturen/Lactobazillen.

Sympathicus-Steuerung nach Dr. E. Winkler

seit 01.01.02

Die Sympathicus-Steuerung nach Dr. E. Winkler besteht im Wesentlichen aus Vibrationsmassagen mit Hilfe eines Gerätes und aus Atemübungen. Diese Vibrationsmassage ist wissenschaftlich nicht anerkannt. (Die Atemübung als Einzelleistung bleibt erstattungsfähig.)

T

Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

**seit
01.01.02**

Das Verfahren ist grundsätzlich nicht erstattungsfähig.

Ausnahmen sind nur möglich bei der Indikation ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, wenn die Notwendigkeit der Behandlung ärztlich verordnet und die Behandlung von einem Angehörigen von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen nach Tarifstelle 5.1 des KVB-Tarifs mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wurde. Im Leistungsfall werden Aufwendungen nach Tarifstelle 5, LT-Nr. 05 131 a-c bezuschusst.

Thermoregulationsdiagnostik

**seit
01.01.02**

Mittels Wärmemessungen sollen Rückschlüsse auf Erkrankungen gezogen werden. Ausnahmen sind nur möglich zur Diagnose des Carzinoms der Mamma.

Informationen zum Stellen von Erstattungsanträgen



1. Allgemeines

Die KVB zahlt Zuschüsse nur auf Antrag. Die Antragstellung kann entweder

- schriftlich und auf dem Postweg mit dem „Formular Erstattungsantrag“ (Anlage 2 zum Tarif der KVB - Vordruck 115/V02)
oder
- über die „KVB ServiceApp“
erfolgen.

Nach einmaliger Registrierung können Sie nach Anmeldung mit Benutzernamen und Passwort auf der Internetseite der KVB:

www.kvb.bund.de

das „Formular Erstattungsantrag“ herunterladen und ausdrucken. Mit demselben Benutzernamen und Passwort können Sie auch die „KVB ServiceApp“ nutzen.

Antragsberechtigung

Antragsberechtigt ist grundsätzlich nur das Mitglied selbst oder eine vom Mitglied bevollmächtigte Person; für nicht voll geschäftsfähige Waisen der gesetzliche Vertreter.

Soweit Sie nicht bereits über eine Vollmacht verfügen und diese der KVB vorgelegt haben, können Sie ein entsprechendes Antragsformular zur Erteilung einer Vollmacht bei der KVB-Bezirksleitung anfordern oder aus dem Internet unter www.kvb.bund.de herunterladen und selbst ausdrucken. Eine vorgelegte Vollmacht behält ihre Gültigkeit bis der Widerruf der KVB schriftlich angezeigt wird. Über die Inhalte der Vollmacht hinausgehende Weisungen des Bevollmächtigten (z.B. Zahlung von Zuschüssen auf ein anderes Konto) kann nur dann gefolgt werden, wenn die antragstellende Person hierzu vom Mitglied ergänzend schriftlich bevollmächtigt wurde.

Ausschlussfrist

Leistungen werden nur gewährt, wenn sie **innerhalb eines Jahres** beantragt werden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Erstaufbereitung der Rechnung, bei häuslicher Pflege nach Tarifstelle 5 mit dem letzten Tag des Monats in dem die Pflege erbracht wurde. Bei Arzneimitteln ist der Tag des Bezugs, bei wiederholtem Bezug der letzte Bezugstag, maßgebend.

2. Antragstellung mit Formular „Erstattungsantrag“

Mit jeder Erstattungsmitteilung wird Ihnen ein personalisiertes „Formular Erstattungsantrag“ zugesandt.

Der Erstattungsantrag sollte deutlich lesbar, möglichst in Druckschrift, mit Kugelschreiber, Tinte, Schreibmaschine oder PC ausgefüllt bzw. erstellt sein. Unvollständige oder fehlende Angaben können dazu führen, dass der Antrag nicht oder nur mit Verzögerung bearbeitet werden kann.

Der Erstattungsantrag muss grundsätzlich vom Mitglied oder der bevollmächtigten Person **eigenhändig** unterschrieben werden. Maschinell erstellte Unterschriften werden nicht anerkannt.

Beizufügende Unterlagen und Frankierung

Rechnungen mit Anlagen (z.B. Sachkostennachweise, Laborkostenrechnungen), Rezepte und andere Belege müssen fortlaufend nummeriert werden. Die Vorlage von Einzahlungsscheinen und Quittungen ist – außer im Zusammenhang mit Sterbefällen – nicht erforderlich.

Bitte legen Sie die Belege lose bei oder verbinden Sie die Belege allenfalls mit Büroklammern. Bitte keinesfalls Heftklammern, Kleber, Klebestreifen o.ä. zur Befestigung verwenden!

Die Erstattungsanträge, die in Papierform an die KVB-Bezirksleitung Wuppertal gesandt werden, sind ausreichend zu frankieren. Sendungen mit Nachporto wegen unzureichender Frankierung werden von der KVB nicht angenommen.

Aufgrund der Bearbeitung mit einem „elektronischen Vorgangsbearbeitungssystem (VBS)“ werden generell keine Belege mehr zurück gesandt. Aus diesem Grund sind Zweitschriften grundsätzlich ausreichend. Beachten Sie bitte, dass auf Rezeptkopien ein Originalstempel der abgegebenen Apotheke angebracht sein muss!

3. Antragstellung über die KVB ServiceApp

Detaillierte Informationen zur Installation und Nutzung der „KVB ServiceApp“ entnehmen Sie bitte dem gesondert herausgegebenen [Flyer zur App](#).

Stellen Sie einen Erstattungsantrag über die „KVB ServiceApp“, ist das Beifügen eines ausgefüllten „Formulars Erstattungsantrag“ nur nach Aufforderung durch Hinweise in der App erforderlich. Sind ergänzende Unterlagen vorzulegen, erhalten Sie ebenfalls entsprechende Hinweise in der App. Fotografieren Sie in diesen Fällen beide Seiten des „Formulars Erstattungsantrag“ als erstes Dokument ab. Werden weitere Formulare, z.B. ein Unfallfragebogen, erforderlich, füllen Sie diese bitte vollständig aus und fotografieren Sie alle Seiten in der richtigen Reihenfolge.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle bedruckten Seiten der zum Erstattungsantrag gehörenden Dokumente einzeln und gut lesbar abfotografieren.

Bei Nutzung der „KVB ServiceApp“ erfolgt der Nachweis der Antragsberechtigung durch die Authentifizierung mit Benutzername und Passwort. Eine Nutzung durch Bevollmächtigte mit eigenen Zugangsdaten ist zunächst noch nicht möglich.

Ihre abfotografierten Dokumente sollten Sie mindestens bis zum Erhalt der Erstattungsmitteilung aufbewahren.

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

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die Verfahren zum Stellen von Erstattungsanträgen. 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 16. und 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 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, 420, A 418, A 420, 490, 4780, 4783 4785, 4810, A 4815, 5265, 5266, 5267, A 5266, 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.
 - Einmaliges Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen. Darunter fallen die Nrn. 1, 5 oder 7, 410 und ggf. 401.
- 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, Zuschlag A 5298 zu 687 bis 689, 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 750 sowie A 624; 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, 4780 – 4783, 4785 und für ein einmaliges 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.

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 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 Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln

Allgemeines

Seit 01.09.2008 sind **Arzneimittel mit Festbetrag** nur bis zur Höhe des Festbetrages zuschussfähig. Zeitgleich wurden auch die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur **Zuzahlungsbefreiung von Arzneimitteln** in die Tarifstelle 4 übernommen.

Was bedeutet ein Festbetrag für Arzneimittel?

Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt gibt es eine Vielzahl von Arzneimitteln mit vergleichbarer Wirkung und zum Teil auch identischer Zusammensetzung, deren Preise aber sehr unterschiedlich sind.

Die zuständigen politischen Gremien sind der Auffassung, dass es unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht vertretbar ist, die Versichertengemeinschaft mit den Kosten teurer Arzneimittel zu belasten, wenn auf der anderen Seite preisgünstige und qualitativ gleichwertige Präparate zur Verfügung stehen. Deshalb gibt es seit 1989 Arzneimittelfestbeträge, die die Versichertengemeinschaft vor überhöhten Arzneimittelausgaben schützen.

Festbeträge sind Obergrenzen für die Erstattung von Arzneimitteln. Das bedeutet: Die Krankenkassen zahlen nicht automatisch jeden Preis, sondern nur einen Festbetrag.

Ein Festbetrag wird für Gruppen vergleichbarer Arzneimittel festgesetzt. Bei der ärztlichen Verordnung besteht die Wahl zwischen mehreren therapeutisch gleichwertigen Präparaten, die auf Kosten der Krankenkasse verordnet werden können. Die Daten zu den Festbeträgen können Sie im Internet beim „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ (www.bfarm.de) unter [Arzneimittel/Festbeträge und Zuzahlungen](#) erhalten.

Welche Auswirkungen hat ein Festbetrag auf die Zuschussfähigkeit des Arzneimittels?

Bekommen Sie eine ärztliche Verordnung für ein Arzneimittel, dessen Preis über dem Festbetrag liegt, so müssen Sie den Differenzbetrag zwischen Apothekenabgabepreis und Festbetrag zusätzlich zum tariflichen Eigenanteil nach Tarifstelle (TS) 1.20.1 selbst entrichten; das gilt auch, wenn Sie nach TS 1.21 vom Abzug der nicht zuschussfähigen Eigenanteile befreit sind.

Bitte unbedingt beachten:

Festbeträge können sich jederzeit ändern oder neu eingeführt werden. Dies kann auch Mittel betreffen, die Ihnen bereits seit längerer Zeit verordnet werden. Zur Vermeidung hoher Eigenbehalte und Prüfung kostengünstigerer Alternativen sollten Sie bei jeder ärztlichen Verordnung / jedem Bezug von Arzneimitteln auf diese Tarifbestimmung hinweisen.

Beispiel:

	Originalpräparat	wirkstoff- bzw. wirkungsgleiches Ersatzpräparat (Apothekenabgabepreis unter Festbetrag) - nicht zuzahlungsbefreit -
Apothekenabgabepreis	81,53 €	19,45 €
Festbetrag	<u>25,26 €</u>	<u>25,26 €</u>
Zuschussfähiger Betrag	25,26 €	19,45 €
Abzgl. Eigenanteil (10%, 5 -	<u>- 5,00 €</u>	<u>-5,00 €</u>
	20,26 €	14,45 €
Zuschuss 90%	<u>18,23 €</u>	<u>13,01 €</u>
Eigene Aufwendungen (Apothekenabgabepreis – Zuschuss)	63,30 €	6,44 €

Nur wenn nachgewiesen wird, dass eine Versorgung mit einem Arzneimittel zum Festbetrag nicht möglich war oder das Präparat gemäß Anlage VII, Teil B, der Arzneimittel-Richtlinie vom Austausch ausgeschlossen ist, kann eine Bezuschussung im Einzelfall über den Festbetrag hinaus erfolgen.

Was bedeutet eine Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel?

In der gesetzlichen Krankenversicherung können Arzneimittel, deren Preis 30 Prozent und mehr unterhalb des Festbetrags liegt, von der Zuzahlung befreit werden. Die KVB hat diese Regelung zur Entlastung ihrer Mitglieder in ihren Tarif übernommen. Bei ärztlicher Verordnung eines zuzahlungsbefreiten Arzneimittels entfällt für dieses Arzneimittel der tarifliche Eigenanteil nach TS 1.20.1 in Höhe 10% mindestens 5 € bis maximal 10 €.

Im Internet beim „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ (www.bfarm.de) können Sie unter [Arzneimittel/Festbeträge und Zuzahlungen](#) nachsehen, ob die von Ihnen benutzten Arzneimittel zuzahlungsbefreit sind. Im Übrigen können Sie weitergehende Information zur Zuzahlungsbefreiung in der ärztlichen Praxis oder der Apotheke erhalten.

Bei einem zuzahlungsbefreiten Ersatzpräparat würde im oben genannten Beispiel zusätzlich der Abzug des Eigenanteils entfallen.

Was Sie als Mitglied oder mitversicherter Angehöriger tun sollten:

Insoweit Sie aufgrund einer Erkrankung auf die Einnahme von Arzneimitteln angewiesen sind, sollten Sie bei **jeder ärztlichen Behandlung besprechen**, welche Verordnungen im Rahmen der Festbetragsregelung bzw. der Regelung zur Zuzahlungsbefreiung sinnvoll sind.

Bitten Sie ggf., als Ersatz für ein teures Originalpräparat mit Festbetrag, um die Verordnung eines gleichwertigen, soweit möglich zuzahlungsbefreiten Präparats (z.B. ein Generikum).

Grundsätzlich besteht darüber hinaus bei Verordnung eines teuren Originalpräparates oder eines nicht zuzahlungsbefreiten Präparates die Möglichkeit, in der Apotheke um den Ersatz durch ein günstigeres bzw. zuzahlungsbefreites Präparat zu bitten.

Sollte ein Ersatz aus arzneimittelrechtlichen oder medizinischen (dann wurde das ärztliche Rezept entsprechend ausgefertigt) Gründen nicht zugelassen sein, darf nur das verordnete Arzneimittel abgegeben werden. Auch in diesen Fällen, wird die Bezuschussung weiterhin durch den Festbetrag begrenzt.

Diese Information kann die Beratung bei der ärztlichen Behandlung oder durch das Fachpersonal einer Apotheke nicht ersetzen. Es können insbesondere keine Empfehlungen oder Bewertungen von Arzneimitteln abgeleitet werden.

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

_____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂
(Bitte abschneiden und in der ärztlichen Praxis bzw. Apotheke vorlegen)

Information der KVB an das ärztliche Fachpersonal



Die KVB hat die Regelungen zu **Arzneimitteln mit Festbetrag** und zur **Zuzahlungsbefreiung von Arzneimitteln** in ihren Tarif übernommen.

Bitte beachten Sie bei der Verordnung von Arzneimitteln, dass nach dem Tarif der KVB nur noch der für das jeweilige Arzneimittel festgelegte Festbetrag als zuschussfähig anerkannt werden kann.

Im Interesse Ihrer Patientinnen und Patienten als Versicherte der KVB bitten wir Sie daher, soweit möglich nur Arzneimittel zu verordnen, deren Apothekenabgabepreis unterhalb des Festbetrages liegt bzw. die zuzahlungsbefreit sind.

In diesem Zusammenhang weisen wir auch nochmals daraufhin, dass für Versicherte der KVB hinsichtlich nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel die Arzneimittelrichtlinie gilt.

Information der KVB an das Fachpersonal der Apotheke



Die KVB hat die Regelungen zu **Arzneimitteln mit Festbetrag** und zur **Zuzahlungsbefreiung von Arzneimitteln** in ihren Tarif übernommen.

Bitte beachten Sie bei der Abgabe von Arzneimitteln, dass die KVB nur noch den für das jeweilige Arzneimittel festgelegten Festbetrag als zuschussfähig anerkennt. Im Interesse Ihrer Kundinnen und Kunden als Versicherte der KVB bitten wir Sie daher, soweit möglich nur Arzneimittel abzugeben, deren Apothekenabgabepreis unterhalb des Festbetrages liegt bzw. die zuzahlungsbefreit sind.

Auf Rezepten müssen 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.

Für Rezepte ohne die vorgenannten Angaben oder mit handschriftlicher Taxierung besteht gegenüber der KVB kein Anspruch auf eine Bezuschussung.



Allgemeines

Dieses Informationsblatt soll Sie darüber informieren, wann und in welchem Umfang ärztlich verordneter Rehabilitationssport (auch in Herzsportgruppen bei chronischer Herzkrankheit) und Funktionstraining bezuschusst werden können. Rehabilitationssport und Funktionstraining kommen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgabe des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Grundlage für eine Bezuschussung ist der Tarif der KVB (Tarifstelle 5.13), dessen Bestimmungen die Rahmenvereinbarung „Rehabilitationssport und Funktionstraining“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu Grunde legen.

Leistungsumfang

- Rehabilitationssport:

Bei der KVB beträgt der zuschussfähige Leistungsumfang des Rehabilitationssports 50 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können.

Bei infantiler Zerebralparese, Querschnittslähmung, schweren Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie), Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein), organischen Hirnschädigungen [durch: Schädel-Hirn-Trauma, Tumore, Infektion (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS), vaskulären Insult (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)], Multipler Sklerose, Morbus Parkinson, Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans), Glasknochen, Muskeldystrophie, Marfan-Syndrom, Asthma bronchiale, chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD), Mukoviszidose (zystische Fibrose), Polyneuropathie, dialysepflichtigem Nierenversagen (terminaler Niereninsuffizienz), therapieresistenter Epilepsie, einer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworbenen Blindheit beider Augen, beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 36 Monaten in Anspruch genommen werden können. Folgeverordnungen (bis zu 120 Übungseinheiten) sind nur möglich, wenn die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung wegen geistiger oder psychischer Krankheiten/Behinderungen nicht oder noch nicht möglich ist.

Bei Rehabilitationssport in Herzgruppen umfasst die Leistung der KVB bei chronischen Herzkrankheiten grundsätzlich 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei einer Belastbarkeit von $< 1,4$ Watt/kg Körpergewicht können bei weiterer Verordnung 45 Übungseinheiten in 12 Monaten anerkannt werden.

Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten. Folgeverordnungen (45 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 12 Monaten in Anspruch genommen werden können) sind möglich.

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins werden als Bestandteil des Rehabilitationssports im Umfang von 28 Übungseinheiten anerkannt.

- Funktionstraining:

Für Funktionstraining gilt in der KVB ein Leistungsumfang von 12 Monaten. Bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/ Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/ Mobilität (Fibromyalgie-Syndrome, Kollagenosen, Morbus Bechterew, Osteoporose, schwere Polyarthrosen, Psoriasis-Arthritis, rheumatoide Arthritis) beträgt der Leistungsumfang 24 Monate. Folgeverordnungen für eine Leistungsdauer von 24 Monaten sind möglich.

Inhalt und Leitung der Übungseinheiten

- **Rehabilitationssport:**

Beim Rehabilitationssport müssen die Übungen von Übungsleitern/-innen geleitet und in Herzsportgruppen zudem von einem/einer ständig persönlich anwesenden Arzt/Ärztin betreut werden. Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Dazu zählen Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen, wenn die Übungen zur Rehabilitation geeignet sind. Geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten (z.B. Entspannungsübungen) können in die Übungsveranstaltungen eingebaut werden.

- **Funktionstraining:**

(Rheuma-)Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeuten/Krankengymnasten im Rahmen regelmäßiger abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Funktionstrainingsarten sind insbesondere Trockengymnastik und Wassergymnastik. Daneben können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein.

Zuschussfähigkeit

Aufwendungen sind nach LT Nr. 05 703 - 705 und LT Nr. 05 712 - 713 zuschussfähig, wenn die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wird, die eine Rahmenvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abgeschlossen hat. Die Landesverbände (www.dbs-npc.de) verfügen über die Daten der Vereine, die Rehabilitationssportgruppen anbieten. Die Durchführung von Funktionstraining obliegt in der Regel den örtlichen Arbeitsgemeinschaften, die über die Landesverbände der Deutschen-Rheumaliga angehören. Auch andere Selbsthilfegruppen (z.B. Selbsthilfegruppen des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose, deutsche Vereinigung Morbus Bechterew) können das Funktionstraining durchführen.

Je Übungseinheit sind für Mitglieder aller Beitragsgruppen 80% aus höchstens 8,20 € zuschussfähig. Andere Aufwendungen, wie z.B. Mitgliedsbeiträge oder Fahrtkosten, sind nicht zuschussfähig.

Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios, Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (z.B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer) oder allgemeine Fitness-Übungen können nicht berücksichtigt werden.

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

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die tariflichen Leistungen. Für eine Zuschussung 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