

Änderung der Satzung der KVB (Nachtrag 8)

gültig ab 01.02.2024

Sehr geehrtes Mitglied,

der Beitrag der KVB orientiert sich aufgrund gesetzlicher Vorgaben (§14 Abs. 2 BEZNG) an der Höhe des Zusatzbeitrags für Rentner in der Bahn-BKK. Aufgrund der erfolgten Erhöhung dieses Zusatzbeitrags, ist die KVB verpflichtet, die Beiträge der KVB anzupassen.

Der **Nachtrag 8 zur Satzung** wird, vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsicht, hiermit satzungsgemäß bekannt gegeben. Nachträge in gedruckter Form mit Austauschseiten werden nicht mehr automatisch verschickt, sind jedoch auf Bestellung erhältlich.

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

Insofern Sie für die Nachträge bereits eine entsprechende Bestellung vorgenommen haben, sind die Austauschseiten zur Satzung diesem Schreiben als Anlage beigefügt. Dies beinhaltet auch die bisher nicht versandte Austauschseite aus dem **Nachtrag 7 zur Satzung**. Das Anschreiben zum Nachtrag 7 zur Satzung steht im Internet bereit und kann bei Bedarf ausgedruckt werden.

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 ab dem 01.02.2024 folgende Änderung / Ergänzung:

Nachtrag 8 zur Satzung

• **Anhang IV (§ 28 Abs. 1)**

- aufgrund der Erhöhung des Zusatzbeitrages für Rentner der Bahn-BKK, erhöht sich der Beitragssatz der KVB ab 01.02.2024 von 8,15% (5,43%) auf 8,4% (5,6%). Die Höhe der Beiträge entnehmen Sie bitte nachfolgender Tabelle, die hiermit satzungsgemäß bekannt gegeben wird.

KVB-Beiträge ab 01.02.2024			
Mit mitversicherten Angehörigen		Ohne mitversicherte Angehörige	
Beitragsgruppe	Beitrag	Beitragsgruppe	Beitrag
	Euro		Euro
1	189,30	51	126,20
2	201,50	52	134,30
3	206,80	53	137,80
4	222,70	54	148,40
5	238,60	55	159,10
6	254,50	56	169,60
7	270,40	57	180,20
8	286,30	58	190,80
9	302,20	59	201,40
10	318,10	60	212,10
11	334,00	61	222,70
12	349,90	62	233,30
13	365,80	63	243,90
14	381,70	64	254,50
15	397,60	65	265,10
16	413,50	66	275,70
17	455,90	67	303,90
		68	111,30

Die Informationsblätter

- zu Leistungen bei Palliativversorgung (T 1.5)
- zu Leistungen der Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen (T 2.4)

wurden neu aufgelegt.

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

Sie haben Satzung und Tarif als persönliches Druckstück bestellt und erhalten daher als Anlage zu unserem Schreiben vom Januar 2024 den Nachtrag 8 zur Satzung in gedruckter Form mit Austauschseiten (einschl. Nachtrag 7).

Alle geänderten Textpassagen sind in den Austauschseiten mit einem Randstrich gekennzeichnet. Austauschseiten mit dem Hinweis „neu“ sind nur aus drucktechnischen Gründen auszutauschen.

(Bitte das Anschreiben N8 mit Anl. 1, 2 vor das Register 1 in den Ordner „Satzung und Tarif“ einheften.)

Austauschseiten:

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

Satzung im Ordner unter Register Nummer 1

3 bis 4	1	3 bis 4	1
17 bis 18	1	17 bis 18	1
51 bis 54	2	51 bis 54	2

Tarif – Anlage 2 im Ordner unter Register Nummer 2

keine

Informationsblätter im Ordner unter Register Nummer 4*

	3		3
Anzahl Blatt gesamt	7	Anzahl Blatt gesamt	7

***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.

- T 1.5 - Informationen zu Leistungen bei Palliativversorgung
- T 2.4 - Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen

Nachfolgend

Austauschblätter zu Satzung und Tarif

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

Verteilungsplan

Veröffentlichung im Internetauftritt der KVB, auf Anforderung Übersendung in Schriftform

Berichtigungen

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekannt gegeben durch	Gültig vom _____ an	Berichtigt am durch
1	Nachtrag 1	01.01.2019	eingearbeitet
2	Nachtrag 2	01.01.2020	
3	Nachtrag 3	01.01.2021	
4	Nachtrag 4	01.01.2022	
5	Nachtrag 5	01.01.2023	
6	Nachtrag 6	01.05.2023	
7	Nachtrag 7	01.01.2024	
8	Nachtrag 8	01.02.2024	

Inhaltsverzeichnis

Seite

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

§ 11

Rechnungs- und Wirtschaftsführung

Geschäftsjahr

1 - Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Bestimmungen

2 - Für den buchmäßigen Nachweis und die Rechnungslegung über Einnahmen, Ausgaben und Vermögensbestände gelten folgende Bestimmungen:

1. Für die Aufstellung des Jahresabschlusses gelten die Bestimmungen des § 264 HGB für große Kapitalgesellschaften.
2. Die Buchungen der Einnahmen und Ausgaben erfolgen gemäß der KVB-Richtlinien Abschnitt „Kassen- und Rechnungswesen“ sowie dem Anhang I „Buchungshinweise für Buchungen in der DKS“, nach dem Kontenplan für die KVB in der DKS-Datenbank sowie die Bestimmungen des DKS-Benutzerhandbuches. Darüber hinaus sind die Hinweise über die Bearbeitung von Geschäftsfällen in der DKS-Finanzbuchhaltung zu beachten.
3. Die Anlage von Vermögensbeständen ist in der Anlagerichtlinie geregelt.

Ausgabendeckung

3 - Der Vorstand hat dafür zu sorgen, dass die satzungsgemäßen Einnahmen zur Deckung der satzungs- und tarifgemäßen Ausgaben ausreichen.

Rücklage

4 - Der Vorstand hat ab dem Geschäftsjahr 2010 eine Rücklage bis zu dem Betrag eines Viertels der durchschnittlichen Monatsausgabe für den Anteil der Tarifausgaben der letzten drei Geschäftsjahre zu bilden, der nicht von den Zuschüssen des BEV gedeckt ist. Die Rücklage ist auf dieser Höhe zu halten und zum Schluss eines Geschäftsjahres ggf. entsprechend aufzufüllen. Eine Auflösung der Rücklage ist nur durch Vorstandsbeschluss möglich.

§ 12

Rechnungsprüfung

Die Geschäfte der KVB bei der Hauptverwaltung, den Bezirksleitungen und der Klinik Königstein werden durch die Innenrevision nach der Geschäftsanweisung für die Innenrevision der KVB geprüft. Die Leistungen des BEV nach § 14 und die Verwendung der Zuschüsse nach § 27 unterliegen der Prüfung durch den Prüfungsdienst für das BEV. Prüfungsrechte nach dem Haushaltsrecht der Bundesrepublik Deutschland bleiben unberührt.

§ 13

Jahresabschluss

Prüfung

1 - Der Jahresabschluss wird von der Innenrevision der KVB, einem Wirtschaftsprüfer und einem aus drei Mitgliedern bestehenden Rechnungsprüfungsausschuss der Vertreterversammlung geprüft. Über das Ergebnis ist dem Vorstand schriftlich zu berichten. Prüfungsrechte nach dem Haushaltsrecht des Bundes bleiben unberührt.

Genehmigung

2 - Der Vorstand legt den Jahresabschluss mit dem Abschlussbericht des Wirtschaftsprüfers und dem Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses der Vertreterversammlung zur Entlastung vor.

Aufsichtsbehörde

3 - Der Jahresabschluss ist der Aufsicht zur Genehmigung zuzuleiten.

§ 14

Pflichten des BEV; Personal- und Sachbedarf

Das BEV stellt der KVB zeitgerecht die notwendigen geeigneten Arbeitskräfte und Arbeitsräume sowie die erforderlichen Einrichtungen, Stoffe und Dienste zur Verfügung.

Die Beschaffung der erforderlichen Einrichtungen, Stoffe und Dienste kann auch durch die KVB selbst erfolgen.

§ 15

Festsetzung und Deckung des Personalbedarfs

Festsetzung

1 - Der Personalbedarf wird unter Beteiligung der zuständigen Personalräte nach wirtschaftlichen Grundsätzen festgesetzt, und zwar

- a) für die Hauptverwaltung durch die Dienststelle Mitte des BEV im Einvernehmen mit dem Hauptgeschäftsführer der KVB,
- b) für die Bezirksleitungen durch die für Personalangelegenheiten zuständige BEV-Dienststelle im Einvernehmen mit dem Hauptgeschäftsführer der KVB.

Deckung

2 - Das BEV deckt den Personalbedarf im Einvernehmen mit dem Hauptgeschäftsführer der KVB.

§ 16

Personal- und Sachkosten

Die aufgrund der Regelung in § 14 entstehenden Personal- und Sachkosten werden zu zwei Dritteln vom BEV und zu einem Drittel von der KVB getragen. Der von der KVB zu tragende Kostenanteil ist in deren Rechnungswerk nachzuweisen.

Beitragstafel

Der Beitrag beträgt ab 01. Februar 2024

- für Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen 8,4 %
- für Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige 5,6 %

eines Betrages, der sich aus der Summe von Grundgehalt Besoldungsgruppe A 7, Überleitungsstufe zu Stufe 8, der am 31.12.2023 geltenden Überleitungstabelle für die Besoldungsordnung A zuzüglich Familienzuschlag Stufe 1 der am 31.12.2023 geltenden Bundesbesoldungsordnung A ergibt, vermindert um den Anteil der jährlichen Sonderzahlung. Hierfür ist der Betrag um 10,42 € zu vermindern und mit dem Faktor 0,9524 zu multiplizieren.

Der hiernach sich ergebende Beitrag wird für Mitglieder

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

des Eckmann Beitrags vom 01. Februar 2024 an eingehoben. Der Einhebungsbetrag für jede Beitragsgruppe ist auf volle 10 Cent auf- oder abzurunden; er wird gemäß § 18 der Satzung bei jeder Beitragsänderung bekannt gegeben.

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

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

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

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

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

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

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

Informationsblatt KVB-Beiträge ab dem 01. Februar 2024*

Mit mitversicherten Angehörigen		Ohne mitversicherte Angehörige	
Beitragsgruppe	Betrag Euro	Beitragsgruppe	Betrag Euro
1	189,30	51	126,20
2	201,50	52	134,30
3	206,80	53	137,80
4	222,70	54	148,40
5	238,60	55	159,10
6	254,50	56	169,60
7	270,40	57	180,20
8	286,30	58	190,80
9	302,20	59	201,40
10	318,10	60	212,10
11	334,00	61	222,70
12	349,90	62	233,30
13	365,80	63	243,90
14	381,70	64	254,50
15	397,60	65	265,10
16	413,50	66	275,70
17	455,90	67	303,90
		68	111,30

(*nicht Bestandteil der Satzung)

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

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

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

(*nicht Bestandteil der Satzung)

Informationen zu Leistungen bei Palliativversorgung



Schwerpunkte der Palliativversorgung

- Verbesserung der Lebensqualität:

Am Ende seines Lebens soll ein Mensch nicht unter unerträglichen Schmerzen leiden müssen. Im Vordergrund steht daher die ganzheitliche Leidenslinderung durch die modernen Verfahren der Palliativmedizin (= die Krankheitsfolgen mildernd, aber nicht heilend) für würdevoll gelebte letzte Tage.

- Psychosoziale und seelsorgerische Begleitung:

Sie umfasst den emotionalen Beistand der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Sie hilft bei der Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod und unterstützt alle Betroffenen bei der Bewältigung unerledigter Probleme.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Sie umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle.

Die Zuschussfähigkeit der Aufwendungen ist gegeben, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Die Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind bis zur Höhe der nach § 132d Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbarten Vergütung zuschussfähig und werden nach LT Nr. 01 850 mit 90% bezuschusst.

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

Stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen

Die Zuschussfähigkeit der Aufwendungen ist gegeben, wenn eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Dies ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.

Hospize sind selbständige Einrichtungen, in denen schwerstkranke und sterbende Menschen, die keiner Krankenhausbehandlung mehr bedürfen, palliativ-medizinisch, d.h. leidensmildernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. Zwingend erforderlich ist, dass das Hospiz einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen hat. Bei Patienten, die bereits vollstationär in einem Pflegeheim versorgt werden, ist die Verlegung in eine stationäre Hospizeinrichtung nur in Ausnahmefällen erforderlich.

Die Aufwendungen für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen sind bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt, zuschussfähig und werden nach LT Nr. 01 850 mit 90% bezuschusst.

- Leistungen der Abteilung Pflegeversicherung

Bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen (Anerkennung mindestens Pflegegrad 2) können darüber hinaus von der Abteilung Pflegeversicherung der KVB Leistungen erbracht werden.

- Zuständigkeit der Abteilungen Krankenversorgung und Pflegeversicherung

Die Abteilung Krankenversorgung der KVB ist vorrangig leistungspflichtig vor der Abteilung Pflegeversicherung der KVB. Die Belege zu Aufwendungen für Palliativversorgung in Hospizen sind daher zunächst der zuständigen KVB-Bezirksleitung mit Erstattungsantrag zur Erstattung zu übersenden.

Weitergehende Informationen

Die Internetseite des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes bietet ausführliche Informationen zur Hospiz- und Palliativversorgung unter der Internetadresse www.dhvp.de. Die Anschrift lautet:

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
Aachener Straße 5
10713 Berlin
Telefon: (030) 8200758-0
Fax: (030) 8200758-13

Ebenso können weitergehende Informationen über die „Deutsche Stiftung Patientenschutz“ unter www.hospize.de eingeholt werden. Die Anschrift lautet:

Deutsche Stiftung Patientenschutz
Europaplatz 7
44269 Dortmund
Telefon: (0231) 738073-0
Fax: (0231) 738073-1

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen



Allgemeines

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

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

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

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

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

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

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

Früherkennungsmaßnahmen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Früherkennungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

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

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

2. Früherkennungsmaßnahmen für Erwachsene

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

- Früherkennungsmaßnahmen, die nur bei **Frauen** durchgeführt werden:
 - Jährliche Untersuchung der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung. Darunter fallen die Nrn. 27, 298, 1070, A 3571 o. A 3650 o. A 3735 o. A 3736, 4780, 4783, 4785, 4815 und 4851 der GOÄ.
 - Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening alle zwei Jahre. Darunter fallen die Nrn. 60 oder A 60, 5265, 5266 sowie 5298; zusätzlich bei Abklärungsdiagnostik von Verdachtsfällen die Nrn. 1, 5 oder 7, ggf. 34, 60 oder A 60, 75, 314, A 314, 418, A 418, 420, A 420, 490, 4810, A 4815, A 5121, 5265, 5266, A 5266, 5267, A 5267, A 5290 sowie 5298 der GOÄ.
- Früherkennungsmaßnahmen, die nur bei **Männern** durchgeführt werden:
 - Jährliche Untersuchung des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung. Darunter fallen die Nrn. 28 und A 3571 oder A 3650 oder A 3735 oder A 3736 der GOÄ.
- Früherkennungsmaßnahmen, die bei **Frauen und Männern** durchgeführt werden:
 - Jährliche Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom. Darunter fallen die Nrn. 1, 7, 11, 250, 451 oder 452, 687, 688, 689, 690, 705, 3500 oder 3650 (nicht neben 27/28), 3530 oder 3607, 3550, A 3571 oder A 3650 oder A 3735 oder A 3736, 4800 oder 4802, A 5298, A 5381, A 5382 sowie A 5383 der GOÄ.
 - Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (Hautkrebsscreening = visuelle, standardisierte Ganzkörperinspektion) alle zwei Jahre. Darunter fallen die Nrn. 1 oder 3, 7, A 612 oder A 624 oder 750; zusätzlich bei Abklärungsdiagnostik von Verdachtsfällen die Nrn. 490, 2403, 4800, 4810 sowie 4811 der GOÄ.

Bei **Frauen und Männern** sind außerdem alle drei Jahre die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung zum Ausschluss von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (vgl. Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) nach LT Nr. 02 350 zu 100% zuschussfähig. Darunter fallen die Nrn. 29, 250, A 612 oder 750, 3511 oder 3652, 3514 oder 3560, 3562 bis 3564, 4380, 4381, 4406, 4408, 4643, 4780 – 4783, 4785 und für ein einmalige Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen die Nrn. 401 und 410 der GOÄ.

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

Weitere Früherkennungsmaßnahmen außerhalb der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Weitere, im Rahmen einer reinen Früherkennungs-/Vorsorgemaßnahme durchgeführte und nicht in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltene ärztliche Maßnahmen sind nach LT Nr. 02 110 (90%) zuschussfähig. Dies sind:

- PSA-Test bei Männern (Nr. 3908 GOÄ),

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

Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen

- Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit familiärem Brust- oder Eierstockkrebsrisiko.
Die hierbei entstandenen Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, genetische Analyse sowie Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind als Pauschalen in folgendem Umfang nach LT Nr. 02 350 zu 100% zuschussfähig, wenn diese Untersuchungen in einem im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentrum erbracht werden:
 - Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung:
Pro Familie eine einmalige Pauschale in Höhe von 900 Euro. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die Beratung weiterer Familienmitglieder.
 - Genanalyse:
Eine Pauschale in Höhe von 4.500 Euro für eine an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) sowie eine Pauschale in Höhe von 250 Euro, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Person handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird (prädiktiver Gentest).
 - Strukturiertes Früherkennungsprogramm:
Eine Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm in Höhe von 580 Euro einmal pro Jahr. Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der zuschussfähigen Pauschalen.
 - Ausgewiesene Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs:
Berlin (Charité-Universitätsmedizin Brustzentrum), die Universitätskliniken in Dresden, Düsseldorf, Erlangen, Frankfurt, Freiburg, Göttingen, Greifswald, Halle, Hamburg, Heidelberg, Kiel, Köln/Bonn, Leipzig, Mainz, München, Münster, Regensburg, Tübingen, Ulm, Würzburg sowie die medizinische Hochschule in Hannover.
- Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko.
Aufwendungen für die Risikofeststellung, interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik, genetische Analyse sowie Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen des Programms sind als Pauschalen in folgendem Umfang nach LT Nr. 02 350 zu 100% zuschussfähig, wenn diese Untersuchungen in einer Universitätsklinik des Verbundprojekts „Deutsches Konsortium Familiärer Darmkrebs“ erbracht werden:
 - Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung:
Einmalig ein Pauschalbetrag in Höhe von 600 Euro. Aufwendungen für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom bekannt ist, eine Pauschale in Höhe von 300 Euro.
 - Tumorgewebsdiagnostik:

Informationsblatt **T 2.4**

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

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

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

Benötigen KVB-Versicherte Kranken- oder Berechtigungsscheine?

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB