



**Krankenversorgung
der Bundesbahnbeamten**

Körperschaft des Öffentlichen Rechts

Richtlinien

für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren

Stand: 01.04.2021 |

Inhaltsverzeichnis

Ziffer	Inhalt	Seite
1.	Allgemeines	3
2.	Begriffsbestimmungen	3
2.1	Rehabilitationsmaßnahmen	3
2.2	Anschlussheilbehandlung (AHB)	3
2.3	Bleibt frei	4
2.4	Ärztlicher Befund	4
2.5	Behandlung im Ausland	4
3.	Anspruchsberechtigung	4
4.	Ausschlüsse und Leistungsbegrenzungen	5
4.1	Bleibt frei	5
4.2	Beihilfeanspruch bei einem anderen Dienstherrn als dem BEV	5
4.3	Ansprüche aufgrund von Rechtsvorschriften	5
4.4	Bleibt frei	5
4.5	Sperrfristen	6
5.	Antrag und Genehmigung	6
6.	Zuschussfähigkeit der Aufwendungen	7
6.1	Zuschussfähige Aufwendungen bei einer Rehabilitationsmaßnahme, AHB	7
6.2	Zuschussfähige Aufwendungen bei einer Heilkur	8
6.3	Zuschussfähige Aufwendungen bei Begleitperson	8
6.4	Zuschussfähige Aufwendungen bei Transport/Beförderung	9
7.	Bleibt frei	10
8.	Abrechnung und Zahlung der Zuschüsse	11
8.1	Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung	11
8.2	Heilkuren	11
8.3	Verfahren	12
9.	Entscheidung	12
10.	Übergangs- und Schlussvorschrift	12
11.	Inkrafttreten	12

1. Allgemeines

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) leistet Zuschüsse zu den Aufwendungen einer nach dieser Anlage genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme, Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur (Mutter/Vater-Kind-Kur), familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung oder Heilkur in Anlehnung an die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

2. Begriffsbestimmungen

2.1 Rehabilitationsmaßnahmen

2.1.1 Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist eine stationäre medizinische Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung gemäß 6.1.1 Nr. 1.

2.1.2 Die Mutter/Vater-Kind-Kur ist eine medizinische Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung gemäß 6.1.1 Nr. 3.

2.1.3 Die familienorientierte Rehabilitation ist eine medizinische Rehabilitation bei schweren chronischen Erkrankungen eines Kindes (insbesondere Krebserkrankungen der Mukoviszidose), nach Herzoperation oder nach Organtransplantation eines Kindes.

2.1.4 Die Heilkur ist eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung. Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat gibt die Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte durch Rundschreiben bekannt. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden und ortsgebunden sein.

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

Hinweise:

1. Bei stationären Entwöhnungsbehandlungen von Abhängigkeitskranken (z.B. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängige) im Rahmen der medizinischen Rehabilitation handelt es sich grundsätzlich um stationäre Rehabilitationsmaßnahmen.

2. Teilstationäre (ganztäglich ambulante) Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen werden wie stationäre Rehabilitationsmaßnahmen behandelt. Sie unterscheiden sich von stationären Behandlungen durch den Wegfall der Übernachtung. Zwischen Beginn und Ende der teilstationären Behandlung können behandlungsfreie Tage liegen. Die Gesamtkosten einer teilstationären Behandlung sollen die Gesamtkosten einer sonst notwendigen stationären Behandlung nicht übersteigen.

3. Bleibt frei

4. Bleibt frei

2.2 Anschlussheilbehandlung (AHB)

Eine Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Eine Anschlussheilbehandlung liegt auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig ist. Eine Anschlussheilbehandlung kann entsprechend 2.1 Hinweis 2 auch teilstationär durchgeführt werden.

2.3 Bleibt frei

2.4 Ärztlicher Befund

Bei Beantragung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, Mutter/Vater-Kind-Kur, familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme oder Heilkur ist grundsätzlich ein vom behandelnden Arzt zu erstellender Befundbericht erforderlich, welcher die medizinische Notwendigkeit der beantragten Rehabilitationsmaßnahme begründen soll. Die KVB holt zur Bewertung der erhobenen ärztlichen Befunde eine gutachterliche Stellungnahme beim ärztlichen Dienst des Bundeseisenbahnvermögens (BEV) oder bei einem externen medizinischen Dienstleister ein.

Bei der ärztlich verordneten familienorientierten Rehabilitation ist keine gutachterliche Stellungnahme erforderlich.

2.5 Behandlung im Ausland

2.5.1 Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren werden grundsätzlich zur Durchführung im Inland bzw. in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union genehmigt.

Die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme mit Einweisung erfolgt grundsätzlich zur Durchführung im Inland in Rehabilitationseinrichtungen gemäß 6.1.1 Nr. 1. Die Genehmigung einer Anschlussheilbehandlung mit Einweisung erfolgt grundsätzlich zur Durchführung im Inland gemäß 6.1.1 Nr. 2. Die Genehmigung einer Mutter/Vater-Kind-Kur erfolgt zur Durchführung im Inland gemäß 6.1.1 Nr. 3.

Die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung ohne Einweisung kann ausnahmsweise zur Durchführung außerhalb der Europäischen Union erfolgen, wenn mit dem durch die KVB beauftragten Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder die Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist.

Eine Heilkur muss in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort durchgeführt werden. Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat gibt die Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte durch Rundschreiben bekannt.

2.5.2 bleibt frei

2.5.3 Aufwendungen für Behandlungen in der Höhengebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist.

3. Anspruchsberechtigung

3.1 Anspruchsberechtigt sind Mitglieder der KVB für sich und ihre mitversicherten Angehörigen. Mitversicherte Angehörige, die einen eigenen Fürsorgeanspruch gegenüber dem BEV haben, können den Antrag aber auch für sich selbst stellen.

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

4. Ausschlüsse und Leistungsbegrenzungen

4.1 Bleibt frei

4.2 Beihilfeanspruch bei einem anderen Dienstherrn als dem BEV

Besteht ein Anspruch auf Leistungen (Beihilfen) bei einem anderen Dienstherrn als dem BEV, wird der Rehabilitationsantrag beim Dienstherrn und nicht bei der KVB gestellt. Zu den Beihilfeleistungen des anderen Dienstherrn wird der aus Beitragsmitteln gedeckte Anteil der jeweiligen Tarifleistung gezahlt. Die Abrechnung der Leistung erfolgt mit KVB-Erstattungsantrag bei der Bezirksleitung der KVB.

4.3 Ansprüche aufgrund von Rechtsvorschriften

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

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

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 Bundesversorgungsgesetz oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Anspruchsberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

4.4 Bleibt frei

4.5 Sperrfristen

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Mutter/Vater-Kind-Kur oder Heilkur kann nicht genehmigt werden, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als zuschussfähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Mutter/Vater-Kind-Kur oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Dies gilt nicht bei einer vorausgegangenen Anschlussheilbehandlung, einer Entwöhnungsbehandlung und einer familienorientierte Rehabilitation. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn nach dem durch die KVB beauftragten Gutachten aus medizinischen Gründen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig ist.

5. Antrag und Genehmigung

5.1 Die Rehabilitationsmaßnahme muss vor ihrem Beginn vom Anspruchsberechtigten mit Formantrag bei der KVB, Hauptverwaltung - Rehabilitation -, Postfach 20 02 53 in 60606 Frankfurt am Main beantragt werden. Der Vorschlag für eine Rehabilitationsmaßnahme soll vom behandelnden Arzt ausgehen.

5.2 Die Rehabilitationsmaßnahme muss vor ihrem Beginn von der KVB genehmigt werden. Bei einer Anschlussheilbehandlung, in Ausnahmefällen auch bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, wenn die rechtzeitige Antragstellung ohne grobes Verschulden des Anspruchsberechtigten unterblieben ist, kann die Genehmigung nachträglich erteilt werden.

5.3 Die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, Mutter/Vater-Kind-Kur oder Heilkur setzt voraus, dass sie nach dem durch die KVB beauftragten Gutachten medizinisch notwendig ist und eine ambulante ärztliche Behandlung sowie die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind. Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen darf ein gleichwertiger Erfolg nicht durch eine Heilkur erzielt werden. Dies gilt nicht, wenn eine anspruchsberechtigte oder mitversicherte Person eine angehörige Person pflegt. Als Gutachten gilt für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme auch eine im Auftrag der Pflegeversicherung erstellte Rehabilitationsempfehlung, welche mit der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zugestellt wird. Die nachträgliche Genehmigung einer Heilkur ist ausgeschlossen.

5.4 Bleibt frei

5.5 Eine Anschlussheilbehandlung wird genehmigt, wenn sie nach begründeter Bescheinigung eines (Krankenhaus-) Arztes nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind.

5.6 Eine Rehabilitationsmaßnahme wird für 3 Wochen genehmigt. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen können verlängert werden, wenn die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen und von der KVB anerkannt ist.

Eine Heilkur oder Mutter/Vater-Kind-Kur kann nicht verlängert werden.

5.7 Die Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe der Genehmigung begonnen werden.

5.8 Eine Begleitperson kann im Ausnahmefall genehmigt werden. Voraussetzung ist eine Bestätigung der aufnehmenden Rehabilitationseinrichtung vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme, dass die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist. Bei Personen bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr wird die medizinische Notwendigkeit der Begleitung unterstellt.

5.9 Art und Umfang der zu genehmigenden Rehabilitationsmaßnahme bestimmt die KVB in pflichtgemäßem Ermessen. Bei Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder einer Anschlussheilbehandlung, welche mit Einweisung durch die KVB beantragt wurde, weist die KVB in eine nach dem durch die KVB beauftragten Gutachten bzw. AHB-Befundbericht geeignete Rehabilitationseinrichtung ein. Das gilt sinngemäß auch für eine familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme bzw. Mutter/Vater-Kind-Kur.

Bei geeignetem medizinischem Behandlungsbild erfolgt die Einweisung bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bevorzugt in die Klinik Königstein der KVB.

Hinweise:

1. Bleibt frei
2. Die familienorientierte Rehabilitation kann für alle Familienmitglieder genehmigt werden, unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt.
3. Für Kinder, die bei Mutter-Kind oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen werden, gleichwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater zuschussfähig, wenn deren Einbeziehung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist. Die Aufwendungen für das Kind sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen.

6. Zuschussfähigkeit der Aufwendungen

6.1 Zuschussfähige Aufwendungen bei einer Rehabilitationsmaßnahme, AHB

6.1.1 Aufwendungen sind zuschussfähig nach Maßgabe 6.1.2 für eine von der KVB genehmigten

1. stationären Rehabilitationsmaßnahme für die Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht.
2. Anschlussheilbehandlung als medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 oder § 111c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht und in nach eigener Wahl bestimmten Rehabilitationseinrichtungen, welche die Voraussetzungen des § 107 Absatz 2 des SGB V erfüllen, mit denen aber kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des SGB V besteht (Privatklinik).
3. Mutter/Vater-Kind-Kur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

Wird die stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung außerhalb Deutschlands durchgeführt, dürfen nur solche qualifizierte Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind.

6.1.2 Zuschussfähig sind die Aufwendungen für

- Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich und von der KVB anerkannt. Die Aufwendungen sind zuschussfähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Rehabilitationseinrichtung,
- die notwendigen medizinischen Leistungen,
- die anerkannten Beförderungskosten,
- die Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe für die Dauer der stationären Rehabilitationsmaßnahme oder AHB (siehe auch Punkt 8.1.3),
- die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson.

Bei pauschaler Abrechnung kann höchstens der einer Rehabilitationseinrichtung für die vorgesehene Maßnahme genehmigte oder der aufgrund eines Versorgungsvertrags gemäß 6.1.1 geltende Pflegesatz als zuschussfähig anerkannt werden.

Werden Anschlussheilbehandlungen ohne Einweisung in Rehabilitationseinrichtungen gemäß 6.1.1 Satz 1, Ziffer 2 durchgeführt, sind Aufwendungen entsprechend Tarifstelle 8.2 Satz 1 Ziffer 2 a) zuschussfähig. Außerdem sind in diesem Fall gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt, zuschussfähig.

Wahlleistungen aller Art sind darüber hinaus bei allen Rehabilitationsmaßnahmen nicht zuschussfähig.

6.2 Zuschussfähige Aufwendungen bei einer Heilkur

Aus Anlass einer Heilkur sind zuschussfähig die Aufwendungen für

- die nach dem Tarif der KVB anerkannten ärztlichen Leistungen, Arzneimittel und Heilbehandlungen sowie für anerkannte Beförderungskosten,
- die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
- den ärztlichen Schlussbericht,
- Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen bis zum Betrag von 16 € täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 13 € täglich. Reisetage werden dabei nicht berücksichtigt.

6.3 Zuschussfähige Aufwendungen bei Begleitperson

Für genehmigte Begleitpersonen sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Pflegesatzes (Basispflegesatz) der Einrichtung zuschussfähig (sie sind bei einer Heilkur auf 13 € täglich begrenzt, s. o.).

Wurde bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung eine Begleitperson genehmigt, eine Mitaufnahme in der stationären Rehabilitationseinrichtung jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson außerhalb der Rehabilitationseinrichtung bis zur Höhe des oben genannten Pflegesatzes zuschussfähig. Der nachgewiesene Verdienstaussfall einer genehmigten Begleitperson ist zuschussfähig.

6.4 Zuschussfähige Aufwendungen bei Transport/Beförderung

Zuschussfähig sind die Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderung

- a) bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten, jedoch nicht mehr als 200 € für die Gesamtmaßnahme. Die Obergrenze gilt nicht bei einer Anschlussheilbehandlung,
- b) bei Benutzung eines privaten Personenkraftwagens entsprechend § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes, jedoch nicht mehr als 200 € für die Gesamtmaßnahme,
- c) bei Benutzung eines Taxis, wenn die Beförderung bei einer Anschlussheilbehandlung gemäß Befundbericht medizinisch notwendig ist, jedoch nur bis zum nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist.

Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, wenn die Beförderung gemäß Befundbericht medizinisch notwendig ist, jedoch nicht mehr als 200 € für die Gesamtmaßnahme.

Bei einer Rehabilitationsmaßnahme ist die Fahrt mit einem Taxi für eine anspruchsberechtigte Person mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, Bl, H oder Pflegegrad 3 bis 5 zuschussfähig, jedoch nicht mehr als 200 € für die Gesamtmaßnahme.

- d) bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankenwagen zu dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist.

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Tarifs der KVB.

Hinweise:

1. Zu den notwendigen medizinischen Leistungen gehören auch das Erstellen des Befundberichts durch den behandelnden Arzt, die im Auftrag der KVB erstellte gutachterliche Stellungnahme und der AHB-Befundbericht des Krankenhauses. Diese sind für den Antragsteller kostenfrei. Atteste oder Begutachtungen des behandelnden Arztes (Hausarzt, Facharzt) sind nur notwendig, wenn sie von der genehmigenden Stelle ausdrücklich gefordert werden.
2. Für die in Tarifstelle 5 des KVB Tarifs bezeichneten Heilbehandlungen gelten die hierzu festgesetzten Höchstbeträge entsprechend. Das setzt voraus, dass Einzelrechnungen vorgelegt werden.
3. Der pauschale Höchstbetrag von 16 € täglich bei einer Heilkur berücksichtigt die häusliche Ersparnis.
4. Bei einer genehmigten Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur oder familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme sind die notwendigen Kosten zuschussfähig, wenn ein vollpauschalierter Pflegesatz berechnet wurde, der mit einem Sozialleistungsträger vereinbart wurde und alle notwendigen Kosten enthält.
5. Der in § 5 Abs. 1 Satz 2 des BRKG genannte Betrag beträgt bei Drucklegung dieser Richtlinien 0,20 € je Kilometer.

7. Bleibt frei



8. Abrechnung und Zahlung der Zuschüsse

8.1 Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung

8.1.1 Vorlage der Kosten durch die KVB

Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, Mutter/Vater-Kind-Kur, familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung mit Einweisung durch die KVB trägt diese zunächst die Aufwendungen der Maßnahme. Das Mitglied erhält über die Höhe des Eigenbehalts der Maßnahme, das ist der durch die Tarifleistungen nicht gedeckte Anteil, eine schriftliche Mitteilung. Der Ausgleich des Eigenbehalts kann im SEPA-Lastschriftverfahren, durch Überweisung oder durch Abzug von den Dienst- oder Versorgungsbezügen erfolgen, sofern diese vom BEV gezahlt werden und das Mitglied zugestimmt hat.

Der Anspruchsberechtigte erhält über die Abrechnung der Maßnahme eine schriftliche Mitteilung.

8.1.2 Vorlage der Kosten durch den Anspruchsberechtigten

Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder AHB ohne Einweisung durch die KVB trägt zunächst der Antragsteller die Aufwendungen der Maßnahme. Er legt die Originalrechnungen zusammen mit dem Entlassungsbericht und der Bescheinigung der Rehabilitationseinrichtung über die Höhe des niedrigsten Pflegesatzes, bzw. des vollpauschalierten Pflegesatzes für Sozialversicherungsträger, mit einem besonderen Erstattungsantrag der HV-KVB zur Bezuschussung vor. Die entsprechenden Vordrucke werden dem Antragsteller mit dem Bewilligungsbescheid übersandt.

Die KVB überweist die Tarifleistung dem Anspruchsberechtigten.

Der Anspruchsberechtigte erhält über die Abrechnung der Maßnahme eine schriftliche Mitteilung.

8.1.3 Familien- und Haushaltshilfe

Der Zuschuss für eine Familien- und Haushaltshilfe ist bei der jeweils zuständigen Bezirksleitung der KVB zu beantragen.

8.2 Heilkuren

Bei einer von der KVB genehmigten Heilkur trägt der Anspruchsberechtigte die Kosten der Maßnahme. Zuschüsse sind mit KVB-Erstattungsantrag unter Beifügung der Rechnungen und des Genehmigungsschreibens bei der zuständigen Bezirksleitung der KVB zu beantragen.

8.3 Verfahren

Zuschüsse werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind.

Der Zuschuss darf zusammen mit sonstigen aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlich entstandenen zuschussfähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, zu Unrecht erhaltene Beträge zurückzuzahlen.

9. Entscheidung

Über den Antrag eines KVB-Mitglieds auf eine Rehabilitationsmaßnahme entscheidet die HV-KVB. Das gilt auch für die Entscheidung über die Höhe der gewährten Tarifleistungen. Die Entscheidung ergeht schriftlich an den Antragsteller.

10. Übergangs- und Schlussvorschrift

Eine unmittelbare Anwendung der BBhV ist nach § 2 Abs. 4 dieser Verordnung ausgeschlossen. Danach gilt diese nicht für Beamtinnen und Beamte des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamtinnen und Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

11. Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten zum 01.01.2019 als Anlage 1 zum Tarif der KVB in Kraft und ersetzen die bisherigen Richtlinien der KVB vom 01.06.2004.