

**Änderung der Satzung der KVB (Nachtrag 2)
und des Tarifs der KVB (Nachtrag 1)**

gültig ab 01.01.2020

Sehr geehrtes Mitglied,

der Vorstand und die Vertreterversammlung der KVB haben in ihren Sitzungen im Juli bzw. Oktober 2019 einige Änderungen zur Satzung und zum Tarif beschlossen.

Der **Nachtrag 2 zur Satzung** und der **Nachtrag 1 zum Tarif** werden hiermit, vorbehaltlich der Genehmigung durch die jeweilige Aufsicht, satzungsgemäß bekannt gegeben. Nachträge in gedruckter Form mit Austauschseiten werden nicht mehr automatisch verschickt, sind jedoch auf Bestellung erhältlich.

Bitte beachten Sie, dass der Nachtrag 1 zur Satzung, der nur die nachträgliche Absenkung der Beiträge zum 01.01.19 auf der Grundlage des Artikels 1 des Eisenbahnneuordnungsgesetzes und des § 14 Abs. 2 des Gesetzes zur Zusammenführung und Neugliederung der Bundeseisenbahnen beinhaltete, aus Gründen der Wirtschaftlichkeit bislang nur in die Onlinedokumente eingearbeitet wurde und daher in den Druckstücken nur bei eigenem Ausdruck enthalten ist. In den beigefügten Austauschseiten ist der Nachtrag 1 bereits eingearbeitet.

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

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

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 den beigefügten Flyer zu unserer App „KVB-Erstattung“.

Mit der App "KVB Erstattung" können Sie als Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten mobil Erstattungsanträge an die Krankenversorgung und Pflegeversicherung stellen. Die App ist eine einfache und schnelle Alternative zur Einsendung eines Erstattungsantrags auf dem Postweg.



QR-Code App Store



QR-Code Play Store

Karlsruhe	0721 8243-444
Kassel	0561 7813-499
Münster	0251 6271-333

Rosenheim	08031 4076-180
Wuppertal	0202 4966-222

Mit freundlichen Grüßen

Ihre KVB

Im Wesentlichen ergeben sich aus den aktuellen Nachträgen zum 01.01.2020 folgende Änderungen / Ergänzungen:

Nachtrag 2 zur Satzung:

- **§ 34 Absatz 5 - Doppelversicherung**
Anpassung der Bestimmungen bei Inanspruchnahme von Leistungen nach den Tarifstellen 8.9 – 8.12 und nach Anlage 1 zum Tarif (Anschlussheilbehandlung, Heilkur und Rehabilitation).
- **Anhang IV (§ 28 Abs. 1)**
- Anpassung der Beiträge an die in 2019 erhöhte Besoldung

KVB-Beiträge ab 01.01.2020			
Mit mitversicherten Angehörigen		Ohne mitversicherte Angehörige	
Beitragsgruppe	Beitrag	Beitragsgruppe	Beitrag
1	170,90	51	114,00
2	182,00	52	121,30
3	186,70	53	124,50
4	201,10	54	134,10
5	215,50	55	143,70
6	229,80	56	153,20
7	244,20	57	162,80
8	258,60	58	172,40
9	272,90	59	181,90
10	287,30	60	191,50
11	301,70	61	201,10
12	316,00	62	210,70
13	330,40	63	220,30
14	344,80	64	229,80
15	359,10	65	239,40
16	373,50	66	249,00
17	411,80	67	274,50
		68	100,50

Nachtrag 1 zum Tarif

- **Tarifstelle 2**
Klarstellende Anpassung einzelner Tarifbestimmungen.
- **Tarifstelle 4**
 - Wegfall der Regelung nach Nr. 34 der Anlage III zur Arzneimittelrichtlinie Klimakteriumstherapeutika betreffend.
 - Verbesserung der Zuschussfähigkeit selbst beschaffter Arzneimittel zum Verbrauch während der ärztlichen Behandlung, Untersuchung bzw. Diagnostik.
- **Tarifstellen 5 und 7**
Klarstellende Anpassung einzelner Tarifbestimmungen.

Die Informationsblätter

- zur Doppelversicherung (S1)
- zur Vorlage von Erstattungsanträgen (T1.1),
- zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen (T2.4),
- zu Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten (T4.1)

wurden neu aufgelegt.

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

Der Kurzwegweiser „Tarif Leistungen“ für die Krankenversorgung wurde zum 01.01.20 neu aufgelegt. Als Broschüre im handlichen DIN-A 5-Format gibt er Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Sachverhalte der geltenden Satzungs- und Tarifregelungen.

Sie haben Satzung und Tarif als persönliches Druckstück bestellt und erhalten daher als Anlage zu unserem Schreiben vom November 2017 den Nachtrag 2 zur Satzung, den Nachtrag 1 zum Tarif in gedruckter Form mit Austauschseiten.

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

Austauschseiten:

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

Satzung im Ordner unter Register Nummer 1

3 bis 6	2	3 bis 6	2
13 bis 16	2	13 bis 16	2
35 bis 36	1	35 bis 36	1
41 bis 42	1	41 bis 42	1
51 bis 54	2	51 bis 54	2

Tarif im Ordner unter Register Nummer 2

1 bis 4	2	1 bis 4	2
21 bis 26	3	21 bis 26	4
33 bis 38	3	33 bis 38	3
43 bis 44	1	43 bis 44	1
67 bis 72	3	67 bis 72	3
77 bis 78	1	77 bis 78	1
85 bis 86	1	85 bis 86	1
97 bis 102	3	97 bis 102	3

Informationsblätter im Ordner unter Register Nummer 4*

10

10 *

 Anzahl Blatt
gesamt
35

 Anzahl Blatt
gesamt
36

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

-Verzicht auf die Zusendung bestellter Nachträgen 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.

Informationsblätter (*Inhaltsverzeichnis*)

- S 1 - Informationen zur Doppelversicherung
- T 1.1 - Informationen zur Vorlage von Erstattungsanträgen
- T 2.4 - Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen;
Schutzimpfungen
- T 4.1 - Informationen zu Arznei-, Verbandmitteln und
Medizinprodukten (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)

Wenn Sie den Kurzwegweiser bereits dauerhaft bestellt haben, ist er dieser Lieferung automatisch beigelegt.

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	

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	11
§ 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 von mehr als 17.000,- € im Kalenderjahr	35
§ 30 Gewährung von Leistungen	37
§ 31 Ausschlussfrist, Übertragung, Aufrechnung	38
§ 32 Beschwerdeverfahren	39
VIII. Sonstiges	
§ 33 Auflösung	40
IX. Übergangs- und Schlussvorschriften	
§ 34 Übergangsbestimmungen	40
§ 35 Inkrafttreten	41

Verzeichnis der Anlagen

Anlage	1	KVB-Mitgliedsausweis	43
--------	---	----------------------------	----

Verzeichnis der Anhänge

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

Stichwortverzeichnis

55

Verzeichnis der Abkürzungen

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

I. Allgemeines

§ 1

Zweck, Rechtsnatur, Sitz, Haftung

Zweck

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

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

Einführungsbestimmung zu Abs. 1:

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

Rechtsnatur

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

Sitz

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

Haftung

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

§ 2

Verwendung der Mittel

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

Beschlüsse

7 - Beschlüsse werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Folgt die Ablehnung eines Antrags daraus, dass die Mitgliedervertreter insgesamt und der Vertreter des BEV jeweils gegensätzlich gestimmt haben oder dass sich die Mitgliedervertreter insgesamt oder der Vertreter des BEV der Abstimmung entziehen, so hat der Vorsitzende bzw. sein Stellvertreter die Angelegenheit unverzüglich der Präsidentin des BEV zuzuleiten. Der HPR und der BesHPR sind darüber abschriftlich zu informieren. Die Präsidentin des BEV hat für die Angelegenheit - mitbestimmungspflichtig unter Beteiligung des HPR und des BesHPR gemäß § 75 Abs. 3 Nr. 5 BPersVG in Verbindung mit § 69 BPersVG - unverzüglich eine Entscheidung herbeizuführen.

Erklärung

8 - Verpflichtende Erklärungen bedürfen der Schriftform.

Schriftliche Willenserklärungen werden unter der Bezeichnung „Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten - Der Vorstand -" abgegeben. Sie sind vom Vorsitzenden oder seinem Stellvertreter zu unterzeichnen.

Protokollnotiz:

1. Siehe Protokollnotiz zu § 4.

§ 7

Aufgaben des Vorstandes

Stellung

1 - Der Vorstand hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters. Der Vorsitzende des Vorstandes oder sein Stellvertreter vertritt für den Vorstand die KVB gerichtlich und außergerichtlich. Soweit er eines Ausweises bedarf, genügt eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde über die Vertreterbefugnis.

Zuständigkeit

2 - Der Vorstand beschließt insbesondere über

- a) Änderung des Tarifs (vgl. § 30 Abs. 1),
- b) Abschluss von Verträgen mit den Verbänden der Gesundheits- und Medizinalfachberufe,
- c) die grundsätzlichen Aufgaben der einzelnen KVB-Bezirksleitungen,
- d) Beschwerden gegen Entscheidungen der Beschwerdeausschüsse,
- e) Vorlage des Jahresabschlusses an die Vertreterversammlung,
- f) Vorlage des Haushaltsplans an die Vertreterversammlung,
- g) Bestimmungen über den buchmäßigen Nachweis und die Rechnungslegung über Einnahmen, Ausgaben und Vermögensbestände,
- h) die Vergabe von Leistungen, Beschaffungen von Geschäftsbedarf und Inventargegenständen und die Verwendung der Mittel des Klinikfonds ab 70 T€ netto,
 - i) Grundsätze für die Anlage des Vermögens einschließlich des Klinikfonds,
 - j) Aufnahme von Darlehen,
 - k) den Vertrag mit dem Chefarzt und dem Verwaltungsleiter der Klinik der KVB in Königstein (Ts),
 - l) die Vorbereitung der Entscheidungen der Vertreterversammlung.

Ausschüsse

3 - Der Vorstand kann zur Vorbereitung bestimmter Beschlüsse oder zur Klärung bestimmter Vorfragen aus seinen Mitgliedern Ausschüsse bilden.

III. Geschäftsführung

§ 8

Hauptverwaltung

Geschäfte

1 - Die Hauptverwaltung der KVB regelt und überwacht die gesamte Geschäftstätigkeit der KVB.

Hauptgeschäftsführer

2 - Der Hauptgeschäftsführer leitet die KVB und vertritt die KVB in Geschäftsführungsangelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich. Der Hauptgeschäftsführer und seine Stellvertreter werden von der Präsidentin des BEV unter Zustimmung des Vorstandes der KVB bestellt.

Neben den ihm von der Vertreterversammlung oder dem Vorstand übertragenen Aufgaben obliegen ihm

- a) die strategische Ausrichtung der Geschäftspolitik der KVB,
- b) die Aufbauorganisation und die Ablauforganisation der Geschäftstätigkeiten der KVB, soweit nicht der Vorstand gemäß § 7 Abs. 2 c zuständig ist,
- c) die Vorbereitung der Beschlüsse des Vorstandes,
- d) die Ausführung der Beschlüsse des Vorstandes und der Vertreterversammlung,
- e) die laufenden Verwaltungsgeschäfte, soweit sie nicht den Bezirksleitungen übertragen sind.
- f) die Überwachung der operativen Tätigkeiten der Bezirksleitungen und
- g) Vertragsverhandlungen, die das originäre Geschäft der KVB betreffen und ergänzen.

In allen wichtigen Angelegenheiten ist das Einvernehmen mit den alternierenden Vorstandsvorsitzenden vorher herbeizuführen.

Laufende Verwaltungsgeschäfte sind insbesondere die Entscheidung über den Personaleinsatz in der KVB-HV und den Bezirksleitungen, die Erstellung und Anpassung einheitlicher Stellenbeschreibungen, Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern und Auftragnehmern der KVB.

Erklärungen, durch die die KVB verpflichtet werden soll, bedürfen der Schriftform und werden unter der Bezeichnung „Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten - Hauptverwaltung -“ abgegeben. Sie sind vom Hauptgeschäftsführer oder seinem Stellvertreter zu unterzeichnen.

§ 9

Bezirksleitungen

Geschäftsbereich

1 - Der Geschäftsbereich der KVB umfasst fünf Bezirksleitungen. Deren Standorte sind Karlsruhe, Kassel, Münster, Rosenheim und Wuppertal.

2 - bleibt frei

Bezirksgeschäftsführer

3 - Die Bezirksleitungen werden von einem Bezirksgeschäftsführer nach Vorgaben der Hauptverwaltung der KVB geführt.

Der Bezirksgeschäftsführer wird von der Präsidentin des BEV im Einvernehmen mit dem HPR, dem BesHPR und dem Hauptgeschäftsführer unter Zustimmung des Vorstandes der KVB bestellt.

Stellvertreter des Bezirksgeschäftsführers werden mit Zustimmung des Vorstandes und des Hauptgeschäftsführers der KVB vom Leiter der für Personalangelegenheiten zuständigen BEV-Dienststelle im Einvernehmen mit dem PR bestellt. Bei der Abberufung ist entsprechend zu verfahren. Das Einvernehmen entfällt bei Abberufung wegen Eintritts in den Ruhestand. Die Bezirksgeschäftsführer und ihre Stellvertreter müssen Beamte oder Angestellte des BEV sein; sie dürfen keinerlei Bezüge von der KVB erhalten.

Geschäftsplan

4 - Die Verteilung der Geschäfte auf den Bezirksgeschäftsführer und seine Stellvertreter regelt ein besonderer Geschäftsplan.

Operative Aufgaben

5 - Den Bezirksleitungen obliegt die Durchführung der ihnen durch die Satzung, den Tarif und die Anordnung des Vorstandes, oder der Hauptverwaltung oder des Hauptgeschäftsführers zugewiesenen operativen Geschäfte und Aufträge. Die Bezirksleitung ist verpflichtet, dem Vorstand, der Hauptverwaltung und dem Hauptgeschäftsführer die erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen. Hierzu gehört auch, über den Stand des Geschäfts Auskunft zu erteilen und nach der Ausführung des Auftrags Rechenschaft abzulegen.

Gerichtliche und außergerichtliche Vertretung

6 - Der Bezirksgeschäftsführer vertritt die jeweilige Bezirksleitung der KVB im Rahmen ihrer Aufgaben und in Abstimmung mit der Hauptverwaltung gerichtlich und außergerichtlich.

Erklärungen

7 - Verpflichtende Erklärungen bedürfen der Schriftform. Sie werden unter der Bezeichnung „Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten - Bezirksleitung -" abgegeben. Sie sind vom Bezirksgeschäftsführer oder einem Stellvertreter zu unterzeichnen.

§ 10

Beschwerdeausschüsse

Standort

1 - Am Standort jeder Bezirksleitung besteht ein Beschwerdeausschuss.

Zusammensetzung

2 - Der Beschwerdeausschuss besteht aus dem Bezirksgeschäftsführer und zwei Mitgliedervertretern des Standorts. Die Mitgliedervertreter des Bezirks nehmen in alphabetischer Reihenfolge abwechselnd an den Sitzungen des Beschwerdeausschusses teil.

Aufgaben

3 - Der Beschwerdeausschuss entscheidet über Beschwerden, die nach der Satzung zulässig sind. Die Beschwerdebearbeitung wird jeweils von der Bezirksleitung übernommen, der von der Hauptverwaltung der KVB die fachliche Zuständigkeit übertragen wurde.

Sitzungen

4 - Der Bezirksgeschäftsführer setzt Sitzungen nach Bedarf an.

Beschlussfähigkeit

5 - Der Beschwerdeausschuss ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder anwesend sind.

Stimmen

6 - Der Bezirksgeschäftsführer verfügt über ebensoviele Stimmen wie die Mitgliedervertreter zusammen.

Beschlüsse

7 - Beschlüsse werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Stimmenthaltung gilt als Ablehnung.

Niederschrift

8 - Die Beschlüsse sind in einer Niederschrift aufzunehmen, die von allen Mitgliedern zu unterzeichnen ist. Die Mitgliedervertreter erhalten eine Abschrift der Niederschrift.

Ausschluss

17 -Der Vorstand der KVB kann die Erstattung von Rechnungen bestimmter Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Dentisten, Apotheker, Krankenhäuser und Angehöriger von Heilberufen (z.B. Bandagisten, Optiker usw.) ausschließen. Der Ausschluss wird bekannt gegeben durch Aufnahme in die „Ausschlussliste“ nach TS 1.5; im Bedarfsfall kann die KVB ihre Mitglieder vorab in geeigneter Form unterrichten. Ist während eines Krankheitsfalles dem Mitglied ein Arztwechsel nicht zumutbar, so kann die zuständige Bezirksleitung auf Antrag des Mitglieds die Weiterbehandlung durch den ausgeschlossenen Arzt bis zum Ende des Krankheitsfalles, längstens bis zu drei Monaten nach der Bekanntmachung ausnahmsweise genehmigen. Auch die Erstattung von Kosten für bestimmte Arzneien, Heilmittel und Heilverfahren kann durch Vorstandsbeschluss ausgeschlossen werden.

§ 29a

Leistungen für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften von mehr als 17.000 €im Kalenderjahr

Leistungen bei Überschreitung der Einkommensgrenze

1 - Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des mitversicherten Ehegatten unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 2 Abs. 5a EStG im Vorvorjahr vor Stellung des Erstattungsantrags den Betrag von 17.000 €, so wird nur der aus Beitragsmitteln gedeckte Anteil der jeweiligen Tarifleistung ausgezahlt.

Das gilt nicht, wenn

1. der Ehegatte nach § 19 selbst aufnahmeberechtigt ist oder
2. der nicht auf Beitragsmitteln beruhende Anteil der Tarifleistung durch Zahlung eines Zuschlags zum Beitrag nach § 28 Abs. 2 f) abgegolten wird oder
3. das Mitglied erklärt, dass die maßgebende Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr nicht überschritten wird und diese Erklärung zu Beginn des folgenden Kalenderjahres bestätigt.

Die ungekürzte Tarifleistung wird in diesem Falle insoweit zunächst unter Vorbehalt gewährt.

Einkünfte

2 - Die Einkünfte nach Abs. 1 umfassen folgende Einkunftsarten:

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

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Abs. 3 EStG ist der Gesamtbetrag der Einkünfte, der um die Beträge nach § 2 Abs. 5a EStG zu erhöhen bzw. zu vermindern ist. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

Für die Ermittlung der Einkünfte sind die Vorschriften des Steuerrechts maßgebend.

Der zuständigen Bezirksleitung sind auf Anforderung Einkommensteuerbescheide, Steuerbescheinigungen oder andere gleichwertige Nachweise über das Einkommen vorzulegen. Erfolgt die Vorlage nicht wie angefordert, so wird nur der aus Beitragsmitteln gedeckte Anteil der jeweiligen Tarifleistung ausgezahlt.

Übergangsregelungen

- 3 - Für mitversicherte Ehegatten, deren Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) in 2010 über der Einkommensgrenze nach Abs. 1 von 17.000 €, jedoch unter dem Betrag von 18.000 € liegt, ist anstelle der Einkommensgrenze nach Abs. 1 weiterhin ein Betrag von 18.000 € zugrunde zu legen; dies gilt bis zur erstmaligen Überschreitung dieses Betrages.

4 - Für Mitglieder, die die Mitgliedschaft nach § 24 Abs. 2b nach dem 01.01.2008 fortgesetzt haben und deren mitversicherte Angehörige ohne eigenen Beihilfeanspruch gelten die Bestimmungen des § 29 Abs. 6 dahingehend, dass sich der aus Beitragsmitteln gedeckte Anteil der jeweiligen Tarifleistung nach der Differenz zwischen der individuellen Beihilfeleistung und der Tarifleistung der KVB berechnet.

Auf Antrag findet diese Regelung auch für Mitglieder und deren mitversicherte Angehörige ohne eigenen Beihilfeanspruch nach Abs. 4 Satz 1 Anwendung, die ihre Mitgliedschaft im Zeitraum vom 01.01.2004 bis 31.12.2007 fortgesetzt haben.

Doppelversicherung

5 - a) Besteht für ein Mitglied oder einen mitversicherten Ehegatten eine Doppelversicherung nach § 29 Abs. 14 und ist die Mitgliedschaft in der KVB vor dem 01.07.1980 begründet worden, gelten die Bestimmungen des § 29 Abs. 14 Nr. 2 nicht. Soweit die GKV nichts anderes bestimmt, darf das Mitglied selbst entscheiden, welche Versicherung es zuerst in Anspruch nehmen will.

b) Die Bestimmungen nach § 34 Abs. 5 a) gelten nicht für Leistungen nach Tarifstellen 8.9 bis 8.12 und Anlage 1 zum Tarif der KVB.

Abweichende Beitragsfestsetzung für geschiedene Ehegatten in besonderen Fällen

6 - Früheren Ehegatten eines KVB-Mitgliedes, die gemäß § 19 Abs. 7 in der bis zum 31.05.2008 geltenden Fassung eine eigene Mitgliedschaft begründet haben, kann vom 01.01.04 an auf Antrag der Betrag für Beitrag und Zuschlag nach § 28 Abs. 2 auf die Höhe des Betrages festgesetzt werden, der von einem freiwilligen Mitglied der BAHN-BKK ohne Krankengeldanspruch zu entrichten wäre. Als Mindestbeitrag ist jedoch der Regelbeitrag nach der Beitragstafel unter Berücksichtigung der Beitragsgruppe, der der geschiedene Ehegatte angehört, zu zahlen (vgl. § 28).

§ 35

Inkrafttreten

Die Satzung tritt zum 01.01.2019 in Kraft. Die Satzung in der Fassung vom 01.01.96 mit Nachtrag 9 und einer Gültigkeit vom 01.01.2018 tritt zum 31.12.2018 außer Kraft.

Beitragstafel

Der Beitrag beträgt ab 1. Januar 2020

- für Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen 7,90 %
- für Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige 5,27 %

eines Betrages, der sich aus der Summe von Grundgehalt Besoldungsgruppe A 7, Überleitungsstufe zu Stufe 8, der am 31.12.2019 geltenden Überleitungstabelle für die Besoldungsordnung A zuzüglich Familienzuschlag Stufe 1 der am 31.12.2019 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 Vergütungs- gruppen	mit einem Hebesatz = von	Beitragsgruppe mit/ohne Angehörige
A 1/X	70,00 %	1 – 51
A 2/X	74,51 %	2 – 52
A 3/IXb	76,47 %	3 – 53
A 4/IXa	82,35 %	4 – 54
A 5/VIII	88,24 %	5 – 55
A 6/VII	94,12 %	6 – 56
A 7/VIb/VIa	100,00 %	7 – 57
A 8/Vc	105,88 %	8 – 58
A 9/Vb/Va	111,76 %	9 - 59
A 10/IVb	117,65 %	10 - 60
A 11/IVa	123,53 %	11 - 61
A 12/C1/III/IIb	129,41 %	12 - 62
A 13/IIa	135,29 %	13 - 63
A 14/Ib und Bahnärzte	141,18 %	14 - 64
A 15/C2/Ia und Bahnärzte	147,06 %	15 - 65
A 16/C 3 und Bahnärzte	152,94 %	16 - 66
B/C4/Angestellte nach § 28 Abs. 4 d und Bahnärzte	168,63 %	17 - 67
Waisen	61,76 %	68

des Eckmann Beitrags vom 1. Januar 2020 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. Januar 2020*

Mit mitversicherten Angehörigen		Ohne mitversicherte Angehörige	
Beitragsgruppe	Betrag Euro	Beitragsgruppe	Betrag Euro
1	170,90	51	114,00
2	182,00	52	121,30
3	186,70	53	124,50
4	201,10	54	134,10
5	215,50	55	143,70
6	229,80	56	153,20
7	244,20	57	162,80
8	258,60	58	172,40
9	272,90	59	181,90
10	287,30	60	191,50
11	301,70	61	201,10
12	316,00	62	210,70
13	330,40	63	220,30
14	344,80	64	229,80
15	359,10	65	239,40
16	373,50	66	249,00
17	411,80	67	274,50
		68	100,50

(*nicht Bestandteil der Satzung)

**Informationsblatt Bemessungsgrundlage für die Einstufung in Beitragsgruppen
gem. § 28 Abs. 3 / Anhang IV der Satzung der KVB (Stand 01.04.2019)***

Einkommen bis Euro	Beitragsgruppe
2.600,00	2 / 52
2.700,00	3 / 53
2.800,00	4 / 54
2.950,00	5 / 55
3.050,00	6 / 56
3.300,00	7 / 57
3.550,00	8 / 58
3.850,00	9 / 59
4.300,00	10 / 60
4.750,00	11 / 61
5.250,00	12 / 62
5.800,00	13 / 63
6.300,00	14 / 64
7.100,00	15 / 65
7.900,00	16 / 66
mehr als 7.900,00	17 / 67

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

(*nicht Bestandteil der Satzung)



**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	

Inhaltsverzeichnis

Tarifstelle	Bezeichnung	Seite
-	Verzeichnis der Abkürzungen	4
1	Allgemeines, Beförderungskosten	5
2	Ambulante ärztliche Behandlung, Psychotherapie	21
3	Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz	27
4	Arznei-, Verbandmittel und Medizinprodukte (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)	33
5	Behandlungen besonderer Art Heilmittel, Häusliche Krankenpflege und Kurzzeit- pflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, am- bulante Rehabilitation, Soziotherapie	39
6	Sehhilfen	59
7	Hilfsmittel	67
8	Stationäre Krankenhausbehandlung, Heilkur und stationäre Rehabilitationsmaßnahme	79
9	Schwangerschaft, Geburtsfälle	87
10	Sterbegeld	91
11	Familien- und Haushaltshilfe, Haus- pflege bei Geburten	93
-	Stichwortverzeichnis	97
	Anlage 1: Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitations- maßnahmen, Anschlussheil- behandlungen und Heilkuren	1-12
	Anlage 2: KVB-Erstattungsantrag	1-2
	Sonderdruck zu TS 1.5: Verzeichnis der von der Erstattung ausgeschlossenen oder bedingt anzuerkennenden Untersuchungs- und Behandlungs- verfahren - Ausschlussliste der KVB -	1-28

Verzeichnis der Abkürzungen

BDSG = Bundesdatenschutzgesetz

BPfIV = Bundespflegeverordnung vom 26.09.1994 (BGBl I, Seite 2750 ff) in der jeweils geltenden Fassung

DSGVO = Datenschutz-Grundverordnung

GOÄ = Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils geltenden Fassung

GOP = Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 08.06.2000 in der jeweils gültigen Fassung

GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte vom 01.01.2012 in der jeweils geltenden Fassung

KHEntgG = Krankenhausentgeltgesetz

LT = Leistungstafel

PZN = Pharmazentralnummer

SGB = Sozialgesetzbuch

Tbc = Tuberkulose

TS = Tarifstelle
Hinweise auf bestimmte Textstellen werden im Tarif (meist als Klammervermerk) wie folgt dargestellt:

(vgl. TS 8.4) = vergleiche Tarifstelle 8, Absatz 4

Tarifstelle 2

Ambulante ärztliche Behandlung; Psychotherapie

Ambulante ärztliche Behandlung

2.1 - Zu den Aufwendungen anerkannter, ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung werden Zuschüsse nach der Leistungstafel gezahlt. Ausgeschlossene Behandlungsverfahren werden grundsätzlich nicht bezuschusst (vgl. TS 1.5).

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit siehe TS 1.19.

Schutzimpfung

2.2 - Aufwendungen für Schutzimpfungen werden nach den Bestimmungen des aktuellen Epidemiologischen Bulletins der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bezuschusst. Die Bezuschussung der Schutzimpfungen gegen

- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Influenza (Grippe) sowie
- Hepatitis A und B

erfolgt ohne die dort genannten Einschränkungen.

Impfungen aus Anlass privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union über die für den Aufenthalt innerhalb der EU vorgesehenen hinaus sind nicht zuschussfähig.

Psychotherapie, psychotherapeutische Akutbehandlung, psychosomatische Grundversorgung

2.3 - Für die psychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachfolgend zusammenfassend als Therapeuten bezeichnet) gelten die in der vertragsärztlichen Versorgung getroffenen Regelungen (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) und die Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)) entsprechend.

Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der TS 2.3 gehören Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie

Für die Prüfung der Voraussetzungen ist ein Gutachterverfahren eingerichtet. Vor Beginn einer Behandlung ist ein Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht der KVB bei der Bezirksleitung zu stellen.

In dem Antrag muss der Therapeut die Indikation zur gewählten Behandlungsmethode und den Behandlungsplan (z.B. Frequenz, Leistungsumfang, prognostische Einschätzung, begleitende Psychotherapie der Beziehungsperson(en) in der Kinderpsychotherapie) begründen.

Die Durchführung des vorgenannten Verfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der behandelten Person bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Aufwendungen für Leistungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind bis zur Entscheidung über die Durchführung einer Langzeittherapie zuschussfähig, wenn

1. ein akuter Behandlungsbedarf in einer probatorischen Sitzung festgestellt wird,
2. ein Gutachterverfahren bei der Bezirksleitung beantragt worden ist und
3. die Akutbehandlung als Einzeltherapie, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen, in Einheiten von mindestens 25 Minuten je Krankheitsfall durchgeführt wird.

Im Fall eines positiven Gutachtens wird die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen auf das Kontingent der psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie angerechnet.

Psychosomatische Grundversorgung

Zuschussfähig sind:

- verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
- übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose)

je Krankheitsfall in folgendem Umfang:

- verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
- autogenes Training und Jakobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich, sowie
- Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen.

Ein Krankheitsfall umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode.

Neben verbalen Interventionen sind in derselben Sitzung durchgeführte Maßnahmen, wie autogenes Training, Jakobsonsche Relaxationstherapie oder Hypnose, nicht zuschussfähig.

Fortsetzung Seite 22.1

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes zuschussfähig.

Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind, zuschussfähig.

Neuropsychologische Therapie

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie von geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (zum Beispiel Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten / Hirnerkrankten).

Aufwendungen sind zuschussfähig entsprechend der Anlage I ffd. Nr. 19 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in der jeweils gültigen Fassung.

Ärztliche Gebühren für die ambulante Strahlentherapie und die ambulante chemotherapeutische Behandlung

2.4 - Aufwendungen für ärztliche Leistungen nach LT Nr. 02 330 sind zuschussfähig für

- die an dem jeweiligen Chemotherapie- (Infusionstag) und in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verabreichung der Infusion aus medizinischer Sicht indiziert sind und erbracht werden. Dies sind die ärztlichen Leistungen für die Injektions- und Infusionsleistungen nach den GOÄ Nrn. 252 - 260, 270 - 279 und 291 sowie
- die an dem jeweiligen Bestrahlungstag und in unmittelbarem Zusammenhang mit der Durchführung der ambulanten Strahlentherapie aus medizinischer Sicht indiziert sind und erbracht werden. Dies sind die GOÄ Nrn. 5600 - 5607 und 5800 - 5855.

Eine Strahlentherapie im Sinne dieser Bestimmungen ist die Behandlung maligner und benigner Erkrankungen mit ionisierender Strahlung, die von einem Facharzt für Strahlentherapie durchgeführt wird.

Berechnete Auslagen nach § 10 Abs. 1 GOÄ (ausgenommen Arznei-/Verbandmittel und Verbrauchshilfsmittel) für den Behandlungstag sind nach LT Nr. 02 330 erstattungsfähig. Die Erstattung der Arznei-/Verbandmittel und Verbrauchshilfsmittel richtet sich nach den Bestimmungen der jeweiligen Tarifstelle.

Ambulante Operationen

2.5 - Eine ambulante Operation im Sinne dieser Bestimmungen liegt nur dann vor, wenn mindestens eine Gebührennummer aus dem Abschnitt C VIII, Allgemeine Bestimmungen Nr. 3 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ abgerechnet wird.

Bei ambulanter Durchführung von Operationsleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern werden für den Operationstag und höchstens die drei nachfolgenden Behandlungstage die ärztlichen Leistungen des Operateurs und die im unmittelbaren Zusammenhang mit der durchgeführten Operation stehenden weiteren ärztlichen Leistungen, einschließlich der nach § 10 GOÄ gesondert berechenbaren Auslagen, nach LT Nr. 02 340 bezuschusst.

Rechnungen über ambulante Operationen sind vor der Vorlage mit dem Vordruck „Erstattungsantrag“ bzw. vor der Übermittlung durch von der KVB freigegebene elektronische Antragsverfahren mit dem Vermerk „Ambulante Operation“ zu kennzeichnen.

Fortsetzung Seite 23

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

2.6 - Folgende Aufwendungen für ärztliche Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge sind nach LT Nr. 02 350 zuschussfähig:

1. Maßnahmen nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss ergangenen

- a) Kinder-Richtlinien
- b) Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung
- c) Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL
- d) Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien
- e) Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen für Männer

in der jeweils geltenden Fassung.

Die Bezuschussung nach den unter c) bis e) genannten Richtlinien erfolgt ohne Berücksichtigung einer Altersbegrenzung.

Darüber hinaus sind weitere, im Rahmen einer reinen Vorsorge-/ Früherkennungsmaßnahme durchgeführte und nicht in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltene, ärztliche Maßnahmen nach LT Nr. 02 110 erstattungsfähig. 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“; diese umfasst 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).
2. Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für Personen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko. Die Aufwendungen für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung sowie für Genanalyse und strukturiertes Früherkennungsprogramm sind zuschussfähig, wenn sie in einem im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentrum erbracht werden.
3. Maßnahmen der Telemedizinischen Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz. Die Aufwendungen sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungsunternehmen auf Grund entsprechender Verträge nach § 140d SGB V zu tragen sind, zuschussfähig.
4. Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko. Die Aufwendungen für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebediagnostik sowie genetische Analyse sind zuschussfähig, wenn sie in einer Klinik des Deutschen HNPCC-Konsortiums erbracht werden.

Unterkunft bei auswärtiger ambulanter Behandlung

2.7 - Aufwendungen für Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen sind bis zur Höhe von 150 Prozent der Sätze nach § 7 Abs. 1 Satz 1 BRKG (Stand 01.01.2009: 30,00 € täglich) zuschussfähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe zuschussfähig. Vorstehende Regelung findet keine Anwendung bei Leistungen nach TS 1.15 sowie TS 8.9 und 8.10.

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder der Beitragsgruppen	
		1 bis 10 51 bis 60, 68	11 bis 17 61 bis 67
02 110	Gebühren für ärztliche Leistungen und Entschädigungen nach der GOÄ (nach TS 2.1), mit Ausnahme der in den LT Nm. 02 330, 02 340 und 02 350 aufgeführten Leistungen	zu den LT Nrn. 02 110 bis 02 320	
02 310	Psychotherapeutische Behandlung nach TS 2.3 (ausgenommen psychosomatische Grundversorgung)	90% der in den Verträgen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der leitenden Krankenhausärzte vereinbarten Gebühren, soweit die Verträge anzuwenden sind, in anderen Fällen 90% der Gebühren, die nach der GOÄ angemessen sind	90% der Gebühren, die nach der GOÄ angemessen sind
02 320	Psychosomatische Grundversorgung nach TS 2.3		
02 321	ambulante psychosomatische Nachsorge nach TS 2.3	90% der zuschussfähigen Aufwendungen	
02 322	Neuropsychologische Therapie	90 % der zuschussfähigen Aufwendungen	

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder der Beitragsgruppen	
		1 bis 10 51 bis 60, 68	11 bis 17 61 bis 67
02 330	Ärztliche Gebühren für die Durchführung der ambulanten Strahlentherapie und für die Verabreichung der Chemotherapeutika nach TS 2.4	zu den LT Nrn. 02 330 bis 02 350	
02 340		100% der in den Verträgen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der leitenden Krankenhausärzte vereinbarten Gebühren, soweit die Verträge anzuwenden sind, in anderen Fällen 100% der Gebühren, die nach der GOÄ angemessen sind	100% der Gebühren, die nach der GOÄ angemessen sind
02 350		Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen nach TS 2.6	
02 380	Aufwendungen für Unterkunft bei auswärtiger ambulanter Behandlung nach TS 2.7	90% der zuschussfähigen Aufwendungen	
02 390	Desinfektionskosten	90% der zuschussfähigen Aufwendungen	
02 910	Tbc-Behandlung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen	
02 930	Behandlung der Bluterkrankung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen	

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), 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 Fälle“ 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.

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.

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 berücksichtigungsfähigen Angehörige
 - bei Beitragsgruppe 1 / 51 bis 8 / 58 und 68 den Betrag von 8 €,
 - bei Beitragsgruppe 9 / 59 bis 12 / 62 den Betrag von 12 €,
 - bei den übrigen Beitragsgruppen den Betrag von 16 €überschreiten und die in der Härtefallregelung nach TS 1.21 genannten Voraussetzungen erfüllt sind;
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. 04 150 - 04 159 sind die vom Arzt nach Art und Umfang schriftlich verordneten

- 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;
- 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 Zahl der Wiederholungen sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung zuschussfähig. Die wiederholte Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung über die verschriebene Menge hinaus ist durch Rechtsverordnung ausgeschlossen.

Empfängnisregelnde Mittel

4.6 - Ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind zuschussfähig für Personen bis zur Vollendung des zwanzigsten 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
04 150 -159	Nahrungsergänzung und Sondennahrung nach TS 4.4	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 210 -219	Apothekenpflichtige Arzneimittel, die - vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 31 Abs. 3 SGB V von der Zuzahlung freigestellt sind oder - aufgrund einer ärztlichen Verordnung zur Verwendung in der amb. Behandlung 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)

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
04 920 -929	a) Immunsuppressiva nach Organtransplantationen (z.B. Sandimmun); b) ambulante Chemotherapie: - antineoplastische Substanzen und Substanzen der endokrinen Therapie nach der amtlichen Fassung der „Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation mit Tagesdosen“, die zur direkten Behandlung maligner Erkrankungen eingesetzt werden, - immunsupprimierende Substanzen im Rahmen der von der KVB getroffenen Vereinbarungen.	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 930 -939	Apothekenpflichtige Arzneimittel für Bluter	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 940 -949	Apothekenpflichtige Arzneimittel nach LT Nrn. 04 910 - 919, 04 920 - 929 und 04 930 - 939, die - vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 31 Abs. 3 SGB V von der Zuzahlung freigestellt sind oder - aufgrund einer ärztlichen Verordnung zur Verwendung in der amb. Behandlung zuvor selbst beschafft wurden.	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 950 -959	Apothekenpflichtige Arzneimittel für durch die Dialysepflicht bedingte Behandlungen	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

Ambulante Rehabilitation (Tarifstellen 5.10 - 5.13)

Allgemeines

5.10 - Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation umfassen

- die erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) nach TS 5.11,
- das medizinische Aufbautraining (MAT) und die medizinische Trainingstherapie (MTT) nach TS 5.12 und
- den ambulanten Rehabilitationssport nach TS 5.13.

Voraussetzung für die Anerkennung einer **ambulanten** Reha-Maßnahme ist die Selbsthilfefähigkeit des Patienten. Diese ist gegeben, wenn der Patient zumindest begrenzt gehfähig ist, sich ohne fremde Hilfe ankleiden und die Toilette benutzen kann.

Abweichend von TS 1.17 sind Beförderungskosten für die behandelte Person nicht zuschussfähig.

Aufwendungen für eine **mobile** Rehabilitation als Sonderform der ambulanten Rehabilitation werden unter gleichen Voraussetzungen wie die der ambulanten Reha-Maßnahme bezuschusst.

Fahrtkosten der Therapeuten sind bei der mobilen Rehabilitation nach LT Nr. 05 364 zuschussfähig.

Eine Verlängerung der ambulanten Rehabilitation erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzte reicht nicht aus.

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

5.11 - Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) werden nach LT Nr. 05 143 bezuschusst, wenn sie aufgrund einer Verordnung von Krankenhausärzten, Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin in von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zugelassenen Therapieeinrichtungen durchgeführt werden und eine der folgenden Indikationen dieses begründet:

- Wirbelsäulensyndrome,
- Operation am Skelettsystem,
- prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkung oder muskulärem Defizit,
- operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten),
- Amputationen.

Nach Abschluss der EAP ist der KVB-Bezirksleitung die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

Medizinisches Aufbautraining (MAT) und Medizinische Trainingstherapie (MTT)

5.12 - Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) sowie für eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat werden bei ärztlicher Behandlung und Abrechnung nach LT Nr. 02 110, bei delegierter Behandlung auf Leistungserbringer für Heilmittel nach TS 5.2 (siehe TS 5.1) nach LT Nr. 05 132 p) bezuschusst.

Eine Bezuschussung von Leistungen von Leistungserbringern für Heilmittel nach TS 5.2 setzt voraus, dass die Behandlungen

- von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet werden,
- Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
- jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird.

Die Zuschussfähigkeit ist bei einem Behandlungsrichtwert von 60 Minuten auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings bzw. der medizinischen Trainingstherapie entsprechen, sind nicht zuschussfähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

Ambulanter Rehabilitationssport

5.13 - Zuschussfähig sind ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 in der jeweils gültigen Fassung.

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

Tarifstelle 7

Hilfsmittel

Ärztliche Verordnung

7.1 - Zu den Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, werden Zuschüsse nach der Leistungstafel gezahlt.

Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für gesondert ausgewiesene Versandkosten.

Hilfsmittel bei dauernder Pflegebedürftigkeit siehe TS 1.19.

Zuschussfähige Hilfsmittel

7.2 - Zuschussfähig sind - soweit nicht Höchstbeträge festgesetzt sind - die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die nachstehend aufgeführten Hilfsmittel:

Abdeckplane für Krankenfahrzeuge
Abduktionslagerungskeil
Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)
Adaptionshilfen
Alarmgerät für Epileptiker
Anatomische Brillenfassung
Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
Anti-Decubitusbett
Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
Anzieh-/Ausziehhilfen
Aquamat
Armmanschette
Armtragegurt/-tuch
Arthrodesensitzkissen/-koffer (Nielsen)
/-stuhl
Atemtherapiegeräte
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
Aufricht- und Stehhilfe im Rollstuhl, Stehübungsgerät
Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl
Aufrichteschlaufe
Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 € zuschussfähig)
Aufstehgestelle
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung)
Augenbadewanne/ -dusche/ -spülglas/ -flasche/ -pinsel/ -pipette/ -stäbchen

Augenschielklappe, auch als Folie

Badestrumpf

Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr oder Polyarthrititis)

Badewannenverkürzer

Ballspritze

Bandagen/ -system (außer bei

- Einsatz zur Verletzungsprophylaxe wie z. B. bei sportlicher Betätigung
- Epicondylitisbandage ohne Pelotten)

Barren (z.B. als Übungsgerät bei Lähmungen)

Batterien für Krankenfahrstühle

(s. aber TS 7.6)

Batterie-Ladegerät (nur für große Batterien, wie z. B. für Rollstühle usw.)

Behinderten-Dreirad

Behindertenstuhl (s. aber TS 7.4 „Behindertenstuhl „eibe“, Medos-Hilfensessel“)

Beinspreizhilfe

Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie

Bettfixationsgurt

Bettgalgen

Bettnässer-Weckgerät

Billroth-Batist-Lätzchen

Blattwender

Bleistifthalter für Schwerstbehinderte an der Schreibhand

Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)

Blindenstock/-langstock/-taststock

Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)

Blindenschriftmaschine

Blutgerinnungsmessgerät (nur bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)

Blutlanzette

Blutzuckermessgerät

Bracelet

Bruchband (jedoch nicht Spranzbruchband)

Brustnarbenschützer

Brustprothesenhalter (abzüglich Eigenbehalt von 15,00 €)

Brustprothesenbadeanzug, -body oder -korselett (abzüglich Eigenbehalt von 40 €)

Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und -software sind bis zu 3500 €, ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5400 € zuschussfähig

Darmrohr

Darmverschlusskapsel

Decubitus-Schutzmittel (z.B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)

Delta-Gehrad

Derotationsstütze/-schiene

Drahtlose Übertragungsanlage für Schwerhörige zum Erlernen der Sprache und zur Teilnahme am gemeinsamen Schulunterricht

Drehscheibe, Umsetzhilfen

Druckbeatmungsgerät

Duschsitz/-stuhl

Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse

Einmal-Schutzhose bei Querschnittslähmten

Ekzem-Manschette

Electroscooter (bis zu 2500 € erstattungsfähig, ausgenommen erforderliche Zulassung und Versicherung)

Elektro-Stimulationsgerät

Ernährungssonde

Femina-Konen

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

Fingerling

Fingerschiene

Fixationshilfen

Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)

Gehgipsgalosse

Gehhilfe und -übungsgerät

Gehörschutz

Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei verzögerter Knochenbruchheilung in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie oder bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose

Gerät zur kontinuierlichen Gewebezucker messung (Continuous Glucose Monitoring – CGM, Flash Glucose Monitoring – FGM) einschließlich Sensoren bei Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Blutteststreifen erstattungsfähig.

Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)

Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)

Gipsbett

Glasstäbchen

Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

Handgelenkriemen

Harnröhrendilatator

Hebekissen

Heimdialysegerät

Helfende Hand, Scherenzange

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät
(-monitor)

Hochtontherapiegerät

Hörgeräte (HdO-Geräte, Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte - C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfen, Otoplastik, IdO-Geräte,), alle fünf Jahre einschließlich der Nebenkosten, es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich.

Aufwendungen sind für Personen ab vollendetem 15. Lebensjahr auf 1 500 Euro je Ohr begrenzt, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung.

Der Höchstbetrag kann überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um bei einer beidseitigen an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten.

Imeg-Patientensystem nach Herztransplantation

Impulsvibrator

Infusionspumpe/-besteck/-gerät und Zubehör

Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher

Inkontinenz-Therapie-System

Innenschuh, orthopädischer

Insulinapplikationshilfen und Zubehör
(Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)

Iontophorese-Gerät

Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen/
-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen und Zubehör

Katapultsitz

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter

Kieferspreizgerät

Kinnstütze

Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe

Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation oder Gymnastiktherapie

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke (Prothesen) einschließlich Zubehör

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose; Gummistrümpfe

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Korrektursicherungsschuh

Krabber für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör (auch elektrisch)

Krankenpflegebett

Krankenstock

Krankenunterlagen/-einlagen/ -einwegwindeln (nur bei Inkontinenz in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit, wie z. B. Decubitus, Dermatitis). Auch zur Verhütung derartiger Erkrankungen, wenn zusätzlich schwere Funktionsstörungen wie Lähmungen mit Sprachverlust vorliegen)

Krücke

Latextrichter bei Querschnittslähmung Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden

Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)

Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Liegebrett/-schale

Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)

Lispelsonde

Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind.

Von den geltend gemachten Aufwendungen wird ein Eigenbehalt in Höhe von 64,00 € abgezogen.

Zuschussfähig sind:

- Straßenschuhe (Erstausstattung zwei Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
- Hausschuhe (Erstausstattung zwei Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
- Sportschuhe (Erstausstattung ein Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
- Badeschuhe (Erstausstattung ein Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach vier Jahren),
- Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenbehalt von 64,00 €)

Milchpumpe

Mundsperrer

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (2 pro Jahr und bis zu 80€ je Overall)

Orthese, Orthoprothese, Korrektorschienen, Korsetts u.ä., auch Stütz-mieder, Haltemanschette usw.

Orthesenschuhe, abzüglich Eigenbehalt von 64,00 €

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (maximal 6 Paar Schuhe pro Jahr)

Peak-Flow-Meter

Penisklemme

Peronäusschiene, Heidelberger Winkel

Pflegemittel für Hilfsmittel (s. aber TS 7.6)

Phonator (Mini)

Polarimeter

Prothesenhandschuhe

Psoriasis-kamm

Pulsoximeter (nur bei erhöhtem Risiko zu Atem-/Herzstillstand)

Quengelschiene

Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Reflektometer

Rektophor

Rollator

Rollbrett

Rutschbrett

Sandsack

Sauerstoff-Konzentrator (nur, wenn wegen häufigem Gebrauch wirtschaftlicher als Flaschengerät; nicht zur Therapie von Gefäß-krankungen)

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Schwimmtherapieanzug (nur zur Durchführung krankengymnast. Übungen im Bewegungsbad bei bestehender Inkontinenz)

Sicherheitsleibgurt

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreichend

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich Eigenbehalt von 64,00 €

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Sprechhilfe nach Kehlkopfresektion

Sprechkanüle

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

Spritzen

Sprunggelenkmanschette

Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)

Staubbinde

Stehübungsgerät

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter
Stubbies
Stumpfschutzhülle
Stumpfstrumpf
Suspensorium
Symphysen-Gürtel

Teleskoprampe
Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)
Therapiestuhl
Tinnitus-Gerät
Toilettenhilfe bei Schwerbehinderten (auch automat. Anlage)
Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
Tragegurtsitz
Treppenrollstuhl, -raupe, -fahrer, -meister

Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudi-

ologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht.

Übungsschiene
Urinale
Urinierhilfe
Urostomie-Beutel

Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung)
Vibrationstrainer bei Taubheit
Vojta-Behandlungsliege

Wasserfeste Gehhilfe (nur bei Oberschenkelamputation und erheblicher Stehunsicherheit des verbliebenen Beines oder zusätzlicher Armamputation)

Wechseldruckgerät

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

7.3 - Bei den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln handelt es sich um Hilfsmittel, die wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet sind. Sie sind nach LT-Nr. 07 115, Inkontinenz-Verbrauchshilfsmittel nach LT Nr. 07 150 und Stoma-Versorgungsartikel nach LT Nr. 07 720 erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähige Hilfsmittel

7.4 - Nicht zu den erstattungsfähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch wirtschaftlich angemessen sind, die einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder einen geringen Abgabepreis haben oder die zur allgemeinen Lebenshaltung gehören, insbesondere:

Adju-Set/-Sano
Angorawäsche
Anti-Allergene-Matratzen, Matratzenbezüge und Bettbezüge
Aqua-Therapie-Hose (außer bei Unterwasserbehandlung Inkontinenter)
Arbeitsplatte zum Rollstuhl
Arthromot (außer kurzfristige Mietkosten)
Augenheizkissen
Autofahrerrückenstütze

Autokindersitz
Autokofferraumlifter
Autokühlbox (z. B. zur Medikamentenaufbewahrung)
Autolifter
Auto-Rutschbrett
Auto-Schwenksitz
Autositz

Baby-Rufanlage
Badewanne (z.B. Bill-Wanne)
Badewannengleitschutz/-matte/-kopfstütze
Bandagen (bei Einsatz zur Verletzungsprophylaxe, wie z. B. bei sportlicher Betätigung, s. a. TS 7.2)
Bandscheibenmatratze
Bandscheibenstuhl
Basalthermometer
Basisrampe
Bauchgurt (außer für Gelähmte)
Behandlungsliege (außer Vojta-Liege)
Behindertenstuhl „eibe“ (außer Aufwendungen bis Standard-Behindertenstuhl)
Behindertengerechte Kfz-Ausstattung
Berkemannsandalen
Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie
Bett (außer Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung)
Bettausstattung (z.B. antiallergisch, antirheumatisch)
Bettbrett/-füllung/-keil/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
Bett-Tisch
Bidet
Bildschirmbrille
Bill-Wanne
Bio-Feedback-Gerät
Blinden-Schreibsystem
Blindenschriftschreibmaschine
Blinden-Uhr
Blutdruckmessgerät (außer bei ärztl. Verordnung, wenn der Blutdruck wegen Art und Schwere der Erkrankung häufig kontrolliert werden muss und der behandelnde Arzt dies begründet)
Brückentisch (außer bei Querschnittsgelähmten)

Diätcomputer
Dusche

Einkaufsnetz
Einmal-Handschuhe (mit Ausnahme bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter, bei Querschnittsgelähmten zur Darmentleerung)
Eisbeutel und -kompressen
Elektrische Schreibmaschine
Elektrische Zahnbürste
Elektrofahrrad (z.B. LARK, Graf Carello, Baticar Alpha, Ortocar)

Elektro-Luftfilter
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)
Elektronisches Notizbuch
Erektionshilfen
Ess- und Trinkhilfen (außer Adaptionen)
Eurosignal-Empfänger
Expander

Fahrrad (auch mit Stützrädern)
Fieberthermometer
Fitnessgeräte
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

Garage für Krankenfahrzeuge (auch Mini-Garage)
Gerät zur Therapie saisonaler Depressionen (Licht-Therapie-Gerät, SAD)
Gesundheitsschuhe/-kissen
Gymnastikgeräte (außer zur Behandlung von Spastikern)

Handschuhe (soweit nicht unter TS 7.2 aufgeführt)
Handtrainer
Hängeliege
Hannoverscher Rückentrainer
Hantel (Federhantel)
Hausnotrufsystem
Hautschutzmittel
Heimtrainer
Heizdecke/-kissen
Hilfsgeräte für die Hausarbeit
Höhensonne
Hörkissen
Hörkragen Akusta-Coletta

Intraschallgerät (Schallwellengerät)
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
Ionisierungsgeräte (z.B. Ionisator, Pollimed 100)
Ionopront, Permax-Sauerstoffzeuger

Katzenfell
Klingelleuchte (soweit nicht unter TS 7.2 erfasst)
Knickfußstrumpf
Knoche Natur-Bruch-Slip
Kolorimeter

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
07 110 -112	Hilfsmittel nach TS 7.2	80% der angemessenen Kosten (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 113 -114	Hilfsmittel nach TS 7.9	80% der entstandenen Kosten (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 115 -117	Verbrauchshilfsmittel gem. TS 7.3	80% der angemessenen Kosten (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 118 -119	Verbrauchshilfsmittel in Arztrechnung, Training für Blinde nach TS 7.8	80% der angemessenen Kosten
07 120	Perücken	80% aus höchstens 512,00 €
07 132 -133	Maßschuhe	80% der angemessenen Kosten, abzüglich 64,00 € (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 140 -141	Hörgeräte (einschließlich der Nebenkosten)	- bis vollendetem 15. Lebensjahr siehe LT Nr. 07 110 – 112, - ab vollendetem 15. Lebensjahr 80% aus höchstens 1.500,00 € je Ohr
07 145	Fernbedienung für Hörgeräte	80% der angemessenen Kosten (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 150	Inkontinenz-Verbrauchshilfsmittel	80% der angemessenen Kosten (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 200	E-Scooter	80% aus höchstens 2.500,00 €
07 204 -205	Weitere Hilfsmittel nach TS 7.2 mit Höchstbetrag	80% aus den in TS 7.2 genannten Höchstbeträgen
07 610	Betrieb und Unterhaltung	80% der angemessenen Kosten (siehe jedoch TS 7.6)

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
07 620 -621	Reparaturen, Folgemietgebühren, Folgeversorgungspauschalen (außer nach TS 7.9)	80% der angemessenen Kosten
07 622 -623	Erstmietgebühr, Erstversorgungspauschale (außer nach TS 7.9)	80% der angemessenen Kosten (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 630 -631	Hilfsmittel nach TS 7.9 im Rahmen einer Versorgungspauschale (Folgeversorgungspauschale)	80 % der entstandenen Kosten
07 632 -633	Hilfsmittel nach TS 7.9 im Rahmen einer Versorgungspauschale (Erstversorgungspauschale)	80 % der entstandenen Kosten (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 635 -640	Hilfsmittel nach TS 7.9 als einmalige Bedarfszeitmiete im Rahmen der von der KVB getroffenen Vereinbarungen	80 % der entstandenen Kosten gem. Vereinbarung (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 710	Arm-, Beinprothesen und deren Ausbesserung	90% der angemessenen Kosten (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 720	Stoma-Versorgungsartikel	90% der angemessenen Kosten (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 910	Leistungen im Zusammenhang mit einer Tbc-Erkrankung	100% der angemessenen Kosten

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
08 230	Arztkosten, soweit diese nicht durch den Pflegesatz/die Fallpauschale abgegolten sind, sowie wahlärztliche Leistungen bei gleichzeitiger Inanspruchnahme einer Wahlleistung Unterkunft nach LT Nr. 08 241 oder 08 341	80% der Gebühren, die nach der GOÄ angemessenen sind.
Leistungen Rehabilitationsmaßnahmen		
08 310 -312	Zuschuss zu den Aufwendungen für eine von der KVB genehmigte stationäre Rehabilitationsmaßnahme ohne Einweisung durch die KVB („Unterbringung nach eigener Wahl“)	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 320 -322	Zuschuss zu den Aufwendungen für eine von der KVB genehmigte stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit Einweisung durch die KVB	85% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 330 -332	Zuschuss zu den Aufwendungen für eine von der KVB genehmigten Anschlussheilbehandlung	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 360 -362	Zuschuss zu den Aufwendungen für eine von der KVB genehmigten Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur oder einer familienorientierten Rehabilitation.	85% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 420 -422	Zuschuss zu den Aufwendungen für eine von einem anderen Dienstherrn genehmigte stationäre Rehabilitationsmaßnahme	85% der vom Dienstherrn anerkannten Aufwendungen, abzüglich der Beihilfeleistungen des Dienstherrn
08 430 -432	Zuschuss zu den Aufwendungen für eine von einem anderen Dienstherrn genehmigte Anschlussheilbehandlung	90% der vom Dienstherrn anerkannten Aufwendungen, abzüglich der Beihilfeleistungen des Dienstherrn

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
08 440 -441	Zuschuss zu den Behandlungskosten einer von der KVB oder einem anderen Dienstherrn genehmigten Heilkur (einschl. Kurtaxe und Beförderungskosten)	85% der von der KVB oder vom anderen Dienstherrn anerkannten Aufwendungen, abzüglich der Beihilfeleistungen dieses Dienstherrn
08 450 -451	Zuschuss zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei einer von der KVB oder von einem anderen Dienstherrn genehmigten Heilkur	100% aus höchstens 16,00 € täglich, abzüglich der Beihilfeleistungen des anderen Dienstherrn
08 460 -461	Zuschuss zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung der notwendigen Begleitperson bei einer von der KVB oder von einem anderen Dienstherrn genehmigten Heilkur	100% aus höchstens 13,00 € täglich, abzüglich der Beihilfeleistungen des anderen Dienstherrn
Sonstige Leistungen		
08 610	Zuschuss zu den Aufwendungen für die Unterbringung der nach TS 8.5 Abs. 2 erforderlichen Begleitperson	100% aus höchstens 13,00 € täglich
08 920	Früherkennungsmaßnahmen im Sinne der TS 2.6, soweit diese bei stationärer Behandlung nicht durch den Pflegesatz/die Fallpauschale abgegolten sind	100% der Gebühren, die nach der GOÄ angemessenen sind.
08 930	Dialysebehandlung	100% der Gebühren, die nach der GOÄ angemessenen sind.
08 950	Therapeutische Anwendung radioaktiver Stoffe und Strahlentherapie, soweit diese bei stationärer Behandlung nicht durch den Pflegesatz/die Fallpauschale abgegolten sind (Nummer 5600 - 5607 und 5800 - 5855 GOÄ)	100% der Gebühren, die nach der GOÄ angemessenen sind.

Stichwortverzeichnis

	Seite
A	
Abzugsbeträge	13
Ärztliche Verordnung/Bescheinigung	
- von Arznei- und Verbandmitteln	33
- von Haushaltshilfen	93, 94
- von Heilmitteln	39
- von Hilfsmitteln	67
- von Sehhilfen (Brillen)	59
Ambulante	
- Behandlung/Krankenhausbehandlung	93
- Operationen	11, 14, 22.2, 30, 93
- Rehabilitation	43
- Chemotherapie	11, 14, 22.1, 36
- psychiatrische Krankenpflege	40
- psychosomatische Nachsorge	22.1
- Strahlentherapie	11, 14, 22.1, 67, 72, 86
- therapeutische Anwendung radioaktiver Stoffe	86
Ambulanter Rehabilitationssport	44
Anschlussheilbehandlung	83, 93
Anspruchsprüfung	6
Arznei-, Verbandmittel	
- zuschussfähige und nicht zuschussfähige Aufwendungen	33
- bei Zahnbehandlung	30
- wiederholter Bezug	35
Arztwechsel	9
Ausland	
- Behandlung im	9
- Krankenhausbehandlung im	9, 80
- Rechnungsbeträge nicht in Euro	10
- Rechnungen und Belege in ausländischer Sprache	10
Ausschlüsse von Behandlungsverfahren	6, 21, 81
Ausschlussliste	3, 6
Ausweisungspflicht der Versicherten	9

B

Bäder	50, 51
Beförderungskosten	11
Begleitpersonen	81, 94
Behandlungen besonderer Art	39
Behandlungspflege	13, 40, 41, 42, 57
Beitragsgruppen	8
Beitragsklassen	9
Belastungsgrenze	14
Beschäftigungstherapie	54, 55
Bescheinigungen	10
Besuchsfahrten	13
Betrieb von Hilfsmitteln	74
Blindenhilfsmittel	75

Brillen	
- Gestelle	63, 65
- Gläser	59, 63, 65
- mit besonderen Gläsern	60
- mehrere	59

C

Chemotherapie	11, 14, 22.1, 36
---------------------	------------------

D

Dauernde Pflegebedürftigkeit	13
Desinfektionskosten	26

E

Eigenanteile	13
Elektrotherapie	52
Empfängnisregelnde Mittel	35
Entbindung (Stationäre/ Ambulante Entbindung, Hausentbindung)	88, 93
Entseuchung	17
Ergotherapie	54, 55
Ernährungstherapie	55
Ersatzbeschaffung von Brillen	60
Erstattungsantrag	7
Erstattungsfähige Hilfsmittel	67
Erstattungsfähige Kosten	5
Erste Hilfe	17
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP).....	43, 48

F

Familien- und Haushaltshilfe	
- bei notwendiger außerhäuslicher Unterbringung	93
- im Todesfall	94
- durch nahe Angehörige	94
Fehlgeburten	89, 94
Fototrope Gläser	60
Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen	5, 24, 27
Funktionsanalyse	40
Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen	29
Funktionstraining	44

G

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	4, 7, 22.1, 22.2, 24, 27
Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)	4, 7
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	4, 7, 27, 29
Geburtsfälle	87
Gemischte Krankenanstalten	80
Grundpflege	40, 41, 57
Gutachten	10

H

Härtefallregelung	14
Häusliche Krankenpflege	40
Haushaltshilfe	93, 94
Hauspflege	
- bei Geburten	94
- durch nahe Angehörige	94
Hauswirtschaftliche Versorgung	40, 57
Heilkuren, Kurähnliche Behandlung	
- ohne Genehmigung des Dienstherrn	10, 83
- vom Dienstherrn genehmigt	83
Heilmittel	39
Heil- und Kostenplan	27
Heim, fremder Haushalt	94
Hilfsmittel	
- erstattungsfähige	67
- nicht erstattungsfähige	71
- zum Verbrauch bestimmte	71
- Versorgung über Vertragspartner	76
Hörhilfen/Hörgeräte	69, 77
Hospize	17
Hydrotherapie	49

I

Implantologische Leistungen	29
Inhalationen	46
Instandsetzungen von Hilfsmitteln	74
Integrierte Versorgung	16

K

Kältebehandlung	52
Kieferorthopädische Leistungen	27, 28
Kontaktlinsen	59, 61, 63, 65
Komplextherapien	16
Kommunikationshilfen	45
Krankenhausbehandlung stationär	79
Krankengymnastik, Bewegungsübungen	46, 47, 48
Künstliche Befruchtung	87
Kunststoffgläser	60, 61, 63, 65
Kurähnliche Behandlung	10, 83
Kurzzeitpflege	40

L

Lebendgeburten	89
Leichtgläser	60, 61, 63, 65
Leistungen bei bestimmten Erkrankungen	10
Leistungsausschlüsse	6, 81
Leistungsbegrenzungen	6
Leistungserbringer für Heilmittel	39
Lichtschutzgläser	60

M

Massagen	48
Medizinisches Aufbautraining (MAT)	44, 48
Medizinische Trainingstherapie (MTT)	44, 48
Medizinprodukte (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)	
- zuschussfähige Aufwendungen	33
Mehrfachausstattung (Hilfsmittel)	74
Mietgebühren für Hilfsmittel	74, 77
Mineralbäder	40
Mitgliedsausweis	9
Mutterschaftsvorsorge	88
Mutter-Kind-Kur	82, 85

N

Nachträgliche Rechnungsermäßigungen	7
Nahrungsergänzung	35
Nahe Angehörige	9
- Pflege durch	41
- Familien- und Hauspflege durch	94
Neuropsychologische Therapie	22.1
Nichtfachkräfte	41
Nicht genehmigte Rehabilitationsmaßnahmen	83

O

Organspende	18
-------------------	----

P

Packungen	49
Palliativversorgung	16, 45
Perücken	74, 77
Pflegefälle	
- Behandlungspflege bei dauernder Unterbringung in Pflegeheimen	42
- Dauernde Pflegebedürftigkeit	13
- Familien- und Haushaltshilfe	93
- häusliche Krankenpflege	41
- Hauspflege bei Geburten	94
- nahe Angehörige	41
- Nichtfachkraft	41
- Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	42
Podologie	56, 57
Preisnachlässe	7
Privatkliniken	79
Professioneller ambulanter Pflegedienst	41
Psychosomatische Grundversorgung	22
Psychotherapie	21

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

S	
Schutzimpfung	21
Schwangerschaft	14, 87, 88
Schwangerschaftsabbruch	88
Sehhilfen	59
- schwere Sehbeeinträchtigung	62
- vergrößernde	62, 64, 66
Sondennahrung	35
Soziotherapie	45
Spende von Gewebe und Blutbestandteilen	18
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	16
Sportbrille	59, 65
Stationäre Krankenhausbehandlung	79
Stationäre Rehabilitationsmaßnahme	
- ohne Genehmigung des Dienstherrn	10
- vom Dienstherrn genehmigt	82
Stationäre Versorgung in Hospizen	17
Sterbegeld	91
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	53
Stoma	70, 71, 78
Strahlentherapie	11, 14, 22.1, 67, 72, 86

T	
Tbc-Behandlung	19, 26, 36, 57, 64, 66, 78, 95
Therapeutische Sehhilfen	62
Thermalbäder	40
Tönung	60, 63, 65
Totgeburten	89

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

V

Vater-Kind-Kur	82, 85
Verbandmittel	33
Verhaltenstherapie	21
Verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen	41
Verträge	7, 9
Vorhänger zu Brillen	59, 60
Vorsorgemaßnahmen	5, 24, 27
Vorübergehende häusliche Krankenpflege	39

W

Wärmebehandlung	52
Wahlleistung bei stationärer Krankenhausbehandlung	79, 81, 84
Wiederholter Bezug von Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten	35
Wochenhilfe	89

Z

Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz	27
Zuschüsse zu den Aufwendungen	5
Zuschusskürzung	5

Informationen zur Doppelversicherung



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

Eine Doppelversicherung im Sinne dieser Bestimmungen liegt nicht vor,

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

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

(Hiervon ausgenommen sind:

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

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

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

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

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

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

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

1) - Allgemeine Hinweise

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

2) - Einkommensgrenze für mitversicherte Ehegatten

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

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

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

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

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

Beispiele für bei bestimmten Konstellationen nicht zuschussfähige Aufwendungen:

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

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

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

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

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

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB-Bezirksleitung

Informationen zum Stellen von Erstattungsanträgen



1. Allgemeines

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

- mit dem „Formular Erstattungsantrag“ (Anlage 2 zum Tarif der KVB - Vordruck 115/V02) oder
- über die App „KVB Erstattung“ 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 App „KVB Erstattung“ 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 App

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

Stellen Sie einen Erstattungsantrag über die App „KVB Erstattung“, 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 App „KVB-Erstattung“ 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-Bezirksleitung

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% erstattungsfähig:

- 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% erstattet.

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% erstattungsfähig. 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% erstattungsfähig. 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 des Gemeinsamen Bundesausschusses) nach LT Nr. 02 350 zu 100% erstattungsfähig:

- 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, 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 Screening auf Bauchortenaneurysmen. 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% erstattungsfähig. Darunter fallen die Nrn. 29, 250, A 612 oder 750, 3511 oder 3652, 3514 oder 3560, 3562 bis 3564 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%) erstattungsfähig. 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 erstattungsfähig.

Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen

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

Die hierbei entstandenen Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms sind als Pauschalen in folgendem Umfang nach LT Nr. 02 350 zu 100% erstattungsfähig, 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 erstattungsfähigen Pauschalen.
 - Ausgewiesene Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs:
Berlin (Charité-Universitätsmedizin Brustzentrum), die Universitätskliniken in Dresden, Düsseldorf, Erlangen, Frankfurt, Göttingen, Greifswald, Hamburg, Heidelberg, Kiel, Köln/Bonn, Leipzig, 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 und Genetische Analyse im Rahmen des Programms sind als Pauschalen in folgendem Umfang nach LT Nr. 02 350 zu 100% erstattungsfähig, wenn diese Untersuchungen in einer Universitätsklinik des Verbundprojekts „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 bekannt ist, eine Pauschale in Höhe von 300 Euro.
- Tumorgewebsdiagnosik:
Aufwendungen für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe sowie die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe in Höhe von 500 Euro.
- Genetische Analyse:
Für Aufwendungen bei einem Indexfall 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.
- Kliniken des Verbundprojekts:
Unikliniken Berlin, Bochum, Dresden, Düsseldorf, 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 Erstattungsfähigkeit 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 unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungsunternehmen auf Grund entsprechender Verträge nach § 140d SGB V zu tragen sind, zu 100% erstattungsfähig.

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-Bezirksleitung



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

Allgemeines

➤ Arzneimittel

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

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

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

➤ Medizinprodukte (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)

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

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

➤ Versandkosten

Gesondert ausgewiesene Versandkosten sind nicht zuschussfähig.

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

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

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

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

Ausgeschlossen sind danach insbesondere Arzneimittel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nicht Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

- Bei Verordnungen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- darüber hinaus bei Verordnungen für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern eine Entwicklungsstörung vorliegt. Definitionsgemäß werden bei einer Entwicklungsstörung „erhebliche körperliche, seelische oder geistige Abweichungen von der Altersnorm“ vorausgesetzt (z.B. Down-Syndrom); das Vorliegen die-

ser Voraussetzung ist durch eine ärztliche Bescheinigung gegenüber der KVB nachzuweisen.

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

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

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

überschreiten und die in der Härtefallregelung nach TS 1.21 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Einzelheiten können Sie dem besonderen Informationsblatt *„Informationen zur Härtefallregelung“* entnehmen;

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

Ärztliche Bescheinigungen

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

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

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

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

Wiederholter Bezug

Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen ärztlichen Wiederholungsvermerk (z.B. repetatur) erneut beschafft worden sind, sind nicht zuschussfähig. Bei einem Wiederholungsvermerk ohne Angabe der Zahl der Wiederholungen sind nur die

Aufwendungen für eine Wiederholung zuschussfähig. Für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist ein wiederholter Bezug über die verschriebene Menge hinaus durch Rechtsverordnung ausgeschlossen.

Eigenanteil

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

Der Abzug wird nicht vorgenommen

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

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-Bezirksleitung