

Änderung des Tarifs der KVB (Nachtrag 3)
und
Ausschlussliste der KVB (Nachtrag 1)
gültig ab 01.04.2021
und
der Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“
des Bundeseisenbahnvermögens
gültig ab 01.01.2021

Sehr geehrtes Mitglied,

der Vorstand der KVB hat in seiner Sitzung im Januar 2021 eine Reihe von Änderungen zum Tarif und zur Ausschlussliste der KVB beschlossen.

Der **Nachtrag 3 zum Tarif und Nachtrag 1 zur Ausschlussliste** werden hiermit satzungsgemäß bekannt gegeben. Nachträge in gedruckter Form mit Austauschseiten werden nicht mehr automatisch verschickt, sind jedoch auf Bestellung erhältlich.

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

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

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

Bitte beachten Sie auch unsere „KVB ServiceApp“.

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

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

QR-Code App Store



QR-Code Play Store



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

Mit freundlichen Grüßen

Ihre KVB

Hinweis:

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

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

Im Wesentlichen ergeben sich aus den aktuellen Nachträgen zum 01.04.2021 folgende Änderungen / Ergänzungen:

Nachtrag 3 zum Tarif

- **Tarifstelle 1**
 - Vollständige Neufassung der Tarifstelle 1.17 unter dem Begriff Fahrtkosten (vorher Beförderungskosten),
 - Neue Tarifstelle 1.28 mit Regelungen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.
- **Tarifstelle 2**
 - Erweiterung der Tarifstelle 2.3 zu Leistungen der Systemischen Therapie, Kurzzeittherapie und Akutbehandlung,
 - Erweiterung der Leistungen zur Früherkennung nach Tarifstelle 2.6 bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.
- **Tarifstelle 3**
 - Anpassen der TS 3.4 bzgl. der Kieferorthopädischen Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- **Tarifstelle 4**
 - Aufnahme einer Ausnahmeregelung für Arzneimittel, die der Festbetragsregelung unterliegen (TS 4.1),
 - Ergänzung der Bestimmungen der TS 4.5 zum Thema Wiederholter Bezug (repetatur).
- **Tarifstelle 5**
 - Anpassung der Bestimmungen der Tarifstelle 5.8 zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a SGB XI,
 - Anpassungen zur Ambulanten Rehabilitation (TS 5.10).
- **Tarifstelle 7**
 - Ergänzung/Aufnahme/Streichung von zuschussfähigen (TS 7.2) und nicht zuschussfähigen (TS 7.4) Hilfsmitteln,
 - Aufnahme von Regelungen in der TS 7.3 zur Bezuschussung von Hilfsmittel für eine dritte Person,
 - Leistungsverbesserung in der Tarifstelle 7.5 für Perücken,
 - Leistungsverbesserung bezüglich Hilfsmittel für Blinde (TS 7.8).
- **Tarifstelle 8**
 - Neuregelung der TS 8.2 Behandlung in Krankenhäusern ohne Zulassung nach § 108 SGB V (Privatkliniken).
- **Anlage 1 zum Tarif**
 - Ausdrückliche Nennung der eigenständigen Rehabilitationsmaßnahmen Mutter/Vater-Kind Kur und familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme,
 - Anpassung der Richtlinie bezüglich der Zuschussfähigkeit von Begleitpersonen,
 - Anschlussheilbehandlung ist auch in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111c SGB V zuschussfähig,
 - Anpassung der Richtlinie bezüglich der Fahrtkosten.

Nachtrag 1 zur Ausschlussliste der KVB

- Anpassung der Bestimmungen:
 - Chirurgische Hornhautkorrektur [s. neuer Punkt ‚Visusverbessernde Maßnahmen‘],
 - Radiale Stoßwellentherapie (r-ESWT) [Erweiterung der Ausnahmen],
- Neue Ausschlüsse:
 - Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie [vollständiger Ausschluss],
 - Visusverbessernde Maßnahmen [bedingter Ausschluss].

Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ des Bundeseisenbahnvermögens

- Das BEV hat die Richtlinien zum 01.01.2021 geändert und an die aktuellen Bestimmungen der Bundesbeihilfeverordnung angepasst.

Die Informationsblätter

- zur Doppelversicherung (S 1)
- zur Mitversicherung von Kindern während des Studiums (S 2)
- zu Leistungen für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften (S 6)
- zu Behandlungen im Ausland (T 1.2)
- zu Fahrtkosten (T 1.3)
- zur Härtefallregelung (T 1.4)
- zu Schutzimpfungen (T 2.2)
- zu Psychotherapie (T 2.3)
- zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen (T 2.4)
- zu Zahn- und Mundbehandlung; Zahnersatz (T 3.1)
- zu Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten (T 4.1)
- zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln (T 4.2)
- zu ambulantem Rehabilitationssport (T 5.1)
- zur Krankenhausbehandlung (T 8.1)
- zur stationären Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung, Heilkur und zu kurähnlichen Maßnahmen (T 8.2)
- zu Mutter/Vater-Kind-Kuren und familienorientierten Rehabilitationsmaßnahmen (T 8.3)
- zu den Aufwendungen für Familien-, Haushaltshilfe und Hauspflege bei Geburten nach Tarifstelle 11 (T 11.1)

wurden neu aufgelegt.

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

Der Kurzwegweiser „Satzung, Tarif Krankenversorgung“ für die Krankenversorgung wird zum 01.04.21 neu aufgelegt. Als Broschüre im handlichen DIN-A 5-Format gibt Ihnen der Kurzwegweiser einen Überblick über die wichtigsten Sachverhalte der jeweils geltenden Leistungsregelungen.

Wenn Sie bisher bereits den Kurzwegweiser zu den Leistungen der Krankenversorgung dauerhaft bestellt haben, ist die neue Ausgabe zum 01.04.2021 dieser Lieferung automatisch beigelegt.

Sie haben Satzung und Tarif als persönliches Druckstück bestellt und erhalten daher als Anlage zu unserem Schreiben vom März 2021 den Nachtrag 3 zum Tarif sowie den Nachtrag 1 zur Ausschlussliste der KVB und die Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ des Bundeseisenbahnvermögens in gedruckter Form mit Austauschseiten.

Alle geänderten Textpassagen im Tarif und in der Ausschlussliste 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
-------------------	--------------	----------------------	--------------

Tarif im Ordner unter Register Nummer 2

1 bis 28	15	1 bis 28	16
33 bis 46	7	33 bis 46	7
57 bis 88	15	57 bis 88	15
91 bis 94	2	91 bis 94	2
97 bis 102	3	97 bis 102	3

Tarif – Anlage 1 im Ordner unter Register Nummer 2

1 bis 12	6	1 bis 12	6
----------	---	----------	---

Tarif – Anlage 2 im Ordner unter Register Nummer 2

1 bis 1	1	1 bis 1	1
---------	---	---------	---

Ausschlussliste im Ordner unter Register Nummer 3

1 bis 2	1	1 bis 2	1
7 bis 8	1	7 bis 8	1
11 bis 16	3	11 bis 16	3
21 bis 22	1	21 bis 22	1
25 bis 28	2	25 bis 28	2

Informationsblätter im Ordner unter Register Nummer 4*

29	29 *
----	------

Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ im Ordner unter Register Nummer 5

1 bis 36	18	1 bis 40	20
----------	----	----------	----

Anzahl Blatt gesamt	104	Anzahl Blatt gesamt	107
------------------------	------------	------------------------	------------

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

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

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

Neue Informationsblätter (*Inhaltsverzeichnis*)

- S 1 - Informationen zur Doppelversicherung
 - S 2 - Informationen zur Mitversicherung von Kindern während des Studiums
 - S 6 - Informationen zu Leistungen für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften

 - T 1.2 - Informationen zu Behandlungen im Ausland
 - T 1.3 - Informationen zu Fahrtkosten
 - T 1.4 - Informationen zur Härtefallregelung

 - T 2.2 - Informationen zu Schutzimpfungen
 - T 2.3 - Informationen zu Psychotherapie
 - T 2.4 - Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen

 - T 3.1 - Informationen zu Zahn- und Mundbehandlung; Zahnersatz

 - T 4.1 - Informationen zu Informationen zu Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)
 - T 4.2 - Information zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln

 - T 5.1 - Informationen zu ambulantem Rehabilitationssport

 - T 8.1 - Informationen zur Krankenhausbehandlung
 - T 8.2 - Informationen zu Rehabilitations- und kurähnlichen Maßnahmen
 - T 8.3 - Informationen zu Mutter/Vater-Kind-Kuren und familienorientierten Rehabilitationsmaßnahmen

 - T 11.1 - Informationen zu den Aufwendungen für Familien-, Haushaltshilfe und Hauspflege bei Geburten nach Tarifstelle 11
-

Nachfolgend

Austauschblätter zu Satzung und Tarif



**Tarif
der
Krankenversorgung
der
Bundesbahnbeamten**

Gültig vom 1. Januar 2019 an

Benachrichtigung nach Art. 13 DSGVO:

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

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

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

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

Geschäftsführung: Hauptverwaltung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Verteilungsplan

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

Dieser Tarif ersetzt die Ausgabe vom 01.01.2009.

Berichtigungen

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekannt gegeben durch	Gültig vom _____ an	Berichtigt am durch
1	Nachtrag 1	01.01.2020	
2	Nachtrag 2	01.01.2021	
3	Nachtrag 3	01.04.2021	

Inhaltsverzeichnis

Tarifstelle	Bezeichnung	Seite
-	Verzeichnis der Abkürzungen	4
1	Allgemeines, Fahrtkosten	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 1

Allgemeines, Fahrtkosten

Ansprüche auf Zuschüsse und Begrenzung (TS 1.1 - 1.5)

Zuschüsse, Begrenzung

1.1 - Zuschüsse zu Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen und bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten werden für KVB-Mitglieder und deren mitversicherte Angehörige (Versicherte) nach Maßgabe von Satzung und Tarif gezahlt. Der tarifgemäße Zuschuss wird höchstens vom Rechnungsbetrag gezahlt.

Zu Pauschalrechnungen, die nicht entsprechend den Bestimmungen der einzelnen Tarifstellen spezifiziert sind, werden keine Zuschüsse gezahlt. Soweit es sich aus den nachfolgenden Bestimmungen nicht anders ergibt, müssen Rechnungen die Angabe der Krankheit (Diagnose) enthalten (vgl. Satzung § 30 Abs. 5).

Für Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) und diese ergänzenden Leistungen des Dienstherrn gelten besondere Richtlinien.

Zuschussfähige Aufwendungen

1.2 - Aufwendungen werden nur anerkannt, wenn die vorgenommenen oder verordneten Leistungen zur Heilung oder Milderung eines Krankheitszustandes oder als Vorsorgemaßnahmen nach TS 2.6 oder TS 3.2 notwendig und wirtschaftlich angemessen (vgl. TS 1.8) waren.

Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für

- auf Verlangen erbrachte Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen,
- Behandlungen als Folge medizinisch nicht notwendiger Maßnahmen (insbesondere ästhetische Operationen, Tätowierungen oder Piercings),
- den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
- berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen.

Zuschusskürzung

1.3 - Ergibt sich aus eingereichten Rechnungen eine übermäßige Beanspruchung oder Gewährung ärztlicher/zahnärztlicher oder sonstiger Hilfe, so ist die KVB nach Anhören des beratenden Arztes/Zahnarztes berechtigt, den Zuschuss auf einen angemessenen Betrag herabzusetzen.

Anspruchsprüfung

1.4 - Die KVB kann zur Prüfung ihrer Leistungspflicht den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch Vorlage einer eingehenden Begründung des behandelnden Arztes verlangen.

Die Versicherten sind verpflichtet, sich zur Prüfung eines Anspruchs auf Leistungen zu Lasten der KVB nachuntersuchen zu lassen. Die KVB ist berechtigt, den Antrag auf Leistungen abzulehnen, wenn die Nachuntersuchung ohne triftigen Grund verweigert wird.

Leistungsausschlüsse und -begrenzungen; Ausschlussliste der KVB

1.5 - Leistungsausschlüsse und -begrenzungen sind - soweit sie nicht bei den einzelnen Tarifstellen besonders genannt sind - zusammengefasst im „Verzeichnis der von der Erstattung ausgeschlossenen oder bedingt anzuerkennenden Untersuchungs- und Behandlungsverfahren - Ausschlussliste der KVB -" (vgl. § 29 Abs. 17 der Satzung).

Änderungen der Ausschlussliste werden den Mitgliedern schriftlich an die vom Mitglied benannte und bei der KVB gespeicherte Anschrift bekannt gegeben (vgl. § 18 der Satzung).

Zuschussfähig können Aufwendungen für ausgeschlossene Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen oder einer im Regelfall tödlich verlaufenden Erkrankung oder anlässlich einer Erkrankung, die diesen beiden Arten von Erkrankungen wertungsmäßig vergleichbar ist, sein

1. wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht
und
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Die Entscheidung trifft die Bezirksleitung im Einvernehmen mit der Hauptverwaltung der KVB.

Nicht bezuschusst werden unabhängig von deren Nennung in der Ausschlussliste Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren.

Eine Sterilisation, die nicht aufgrund einer Krankheit erforderlich ist, ist nicht zuschussfähig. Entsprechendes gilt für eine Refertilisierung.

Erstattungsantrag, Rechnungsermächtigungen (TS 1.6 - 1.7)

Erstattungsantrag

1.6 - Zuschüsse sind mit dem Vordruck „Erstattungsantrag“ (Anlage 2 - Vordruck 115/V 02), dem alle Belege beizufügen sind, oder über von der KVB freigegebene elektronische Antragsverfahren zu beantragen.

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

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

Nachträgliche Rechnungsermächtigungen oder Preisnachlässe

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

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

GOÄ, GOZ, GOP

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

Beitragsgruppen

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

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

Verträge, Ausweispflicht

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

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

Behandler, Ort der Behandlung (TS 1.11 - 1.14)

Arztwechsel

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

1.12 - bleibt frei

Ausland

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

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

Wegen stationären Krankenhausbehandlungen im Ausland s. TS 8.4.

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

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

Allen Rechnungen und Belegen über Aufwendungen von mehr als 1000 €, die in ausländischer Sprache verfasst sind, ist auf Kosten des Mitgliedes eine Übersetzung beizufügen. Bis 1.000 € ist eine kurze Erklärung des Mitglieds über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

Bescheinigungen, Gutachten

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

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

Darüber hinaus sind nach LT Nr. 01 100 zuschussfähig:

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

Tarifstellenübergreifende Leistungen (TS 1.15 - 1.29)

Nicht genehmigte Heilkur, stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung, kurähnliche Behandlung

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

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

Leistungen bei bestimmten Erkrankungen

1.16 - Zu den Aufwendungen für

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

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

Fahrtkosten

1.17 - Die Bezuschussung der Fahrtkosten erfolgt nach den Bestimmungen der TS 1.17.1 – 1.17.5.

Die Bezuschussung von Fahrtkosten bei der Durchführung von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen richtet sich nach TS 5.10.

Die Bezuschussung von Fahrtkosten bei Durchführung von Heilkuren, stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen richtet sich nach TS 8.9 – 8.11 i.V.m. Anlage 1 zum Tarif, Ziff. 6.4.

Zuschussfähige Aufwendungen für Fahrten mit ärztlicher Verordnung

1.17.1 - Zuschussfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit einer stationären Krankenbehandlung einschließlich einer vor- und nachstationären Krankenbehandlung,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus,
3. mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird,
4. anlässlich einer ambulanten Operation einschließlich der Vor- und Nachbehandlung in dem jeweiligen Behandlungsfall,
5. zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a SGB V ist einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen oder

Fahrten nach Nrn. 1 - 5, die durch Zahnärzte, Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet wurden, sind zuschussfähig, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.

Zuschussfähige Aufwendungen für Fahrten ohne ärztliche Verordnung

1.17.2 – Zuschussfähig sind ohne ärztliche Verordnung Aufwendungen für

1. Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
2. notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie,
3. Fahrten nach 1.17.1 Nr. 1 – 5 von Mitgliedern oder mitversicherten Angehörigen
 - a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen
 - „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung),
 - „Bl“ (blind),
 - „H“ (hilflos) oder
 - b) der Pflegegrade 3, 4 oder 5 oder
4. Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Bezirksleitung der Verlegung zugestimmt hat.

In den Fällen, in denen aus den Belegen nicht der Anlass der Fahrt ersichtlich wird, ist dieser nachzuweisen.

Wirtschaftlich angemessene Aufwendungen

1.17.3- Wirtschaftlich angemessen im Sinne der TS 1.2 sind nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Mitglieds oder mitversicherten Angehörigen und dem Ort der nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort.

Höhe der zuschussfähigen Aufwendungen

1.17.4- Als Fahrtkosten sind in der Höhe nach zuschussfähig:

1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis der niedrigsten Beförderungsklasse,
2. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer den nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung (Stand 01.10.20: 0,20 € je gefahrenen Kilometer, höchstens jedoch 130 €); bei gemeinsamer Fahrt eines Mitglieds oder mitversicherten Angehörigen mit weiteren Mitgliedern oder mitversicherten Angehörigen sind diese Fahrtkosten insgesamt nur einmal zuschussfähig,
3. bei Rettungsfahrten und –flügen (nach 1.17.2 Nr. 1) sowie bei Fahrten mit Krankentransportwagen (nach 1.17.1 Nr. 3) der nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechnete Betrag bzw. die durch die gesetzlichen Krankenkassen vertraglich vereinbarten Vergütungen,
4. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens die Kosten bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe, jedoch nur dann, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

Wegen Eigenanteilen / Abzugsbeträgen siehe TS 1.20.1.

Nicht zuschussfähige Aufwendungen

1.17.5- Nicht zuschussfähig sind die Aufwendungen für

1. die Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
2. Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt,
3. Die Beförderung anderer Personen als dem erkrankten Mitglied oder mitversicherten Angehörigen, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig.

Besuchsfahrten

1.18 - Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht zuschussfähig.

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

Dauernde Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

Eigenanteile / Abzugsbeträge

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

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

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

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

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

Härtefallregelung / Belastungsgrenze

1.21 - Im Rahmen der Härtefallregelung sind innerhalb eines Kalenderjahres in dem die Aufwendungen entstanden sind

- Eigenanteile nach TS 1.20.1 nicht mehr abzuziehen,
- Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel nach TS 4.2 b) 2. zuschussfähig,

wenn die Eigenanteile und die Aufwendungen für die Arzneimittel zusammen die Belastungsgrenze überschreiten.

Hierbei werden die Abzugsbeträge nach TS 1.20.1 und die Aufwendungen für die Arzneimittel nach TS 4.2 b) 2 in der Höhe berücksichtigt, die der Höhe der prozentualen Erstattungssätze der einzelnen Tarifstellen und damit der tatsächlichen Belastung des Mitglieds entspricht.

Zur Erfassung eines Härtefalls ist der zuständigen Bezirksleitung ein schriftlicher Antrag vorzulegen (Erstantrag). Für die Folgejahre werden die Daten von der KVB automatisiert übernommen und soweit möglich fortgeschrieben. Die KVB übersendet den Mitgliedern jährlich zur Datenüberprüfung einen Ausdruck der für die Berechnung der Belastungsgrenze maßgeblichen Daten. Änderungen sind der Bezirksleitung vor Beginn des Folgejahres unaufgefordert mitzuteilen, soweit es sich nicht um Besoldungs-/ Versorgungserhöhungen von BEV-Beamten bzw. Erhöhungen von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung handelt. Sofern für das Jahr 2012 bereits ein Antrag gestellt wurde, wird dieser als Erstantrag berücksichtigt.

Sofern zu erwarten ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, sollte der Antrag der Bezirksleitung bereits vor Beginn des Kalenderjahres vorgelegt werden. Der Antrag kann längstens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs der Eigenanteile (Erstattungsmitteilung) folgt. Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht.

Die Belastungsgrenze beträgt:

- zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens¹⁾;
- für schwerwiegend chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung²⁾ sind, eins vom Hundert des jährlichen Einkommens¹⁾.

Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist, dies gilt nicht bei einer Mitversicherung von Ehegatten nach § 22 Abs. 5 der Satzung der KVB. Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Anspruchsberechtigten um 15 vom Hundert und für jedes berücksichtigungsfähige Kind - unabhängig vom Alter - um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.

1) Einkommen in diesem Sinne sind:

1. die Bruttodienst- und Bruttoversorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen,
2. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Anspruchsberechtigten und des Ehegatten sowie
3. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten, ausgenommen der der Besteuerung unterliegende Anteil einer gesetzlichen Rente. Dies gilt nicht bei einer Mitversicherung von Ehegatten nach § 22 Abs. 5 der Satzung.

Bei Mitgliedern bzw. mitversicherten Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, ist bei der Berechnung der Belastungsgrenze der Regelsatz nach § 28 SGB XII anzuwenden. Dies gilt auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb dieser Einrichtungen.

2) Das Vorliegen einer Dauerbehandlung bei schwerwiegenden chronischen Erkrankungen ist durch einen entsprechenden Nachweis zu belegen. Hinsichtlich der Definition von schwerwiegenden chronischen Krankheiten gilt die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie)“ entsprechend.

Komplextherapien, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen

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

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

Zu den Komplextherapien gehören u.a. Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, Diabetiker- und Adipositaschulungen, Neurodermitisschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnituschulungen, ambulante kardiologische Therapien, sozialmedizinische Nachsorgeleistungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 SGB IX. Keine Komplextherapien sind Soziotherapien und psychiatrische Krankenpflege.

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

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

Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht zuschussfähig.

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

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

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

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

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

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

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

Stationäre Versorgung in Hospizen

1.24 - Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, werden bezuschusst, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung zuschussfähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Darüber hinaus können von der Pflegeversicherung Leistungen erbracht werden. Der Zuschuss ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalender-täglichen Kosten überschritten werden.

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

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

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

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

Erste Hilfe, Entseuchung

1.26 - Zuschussfähig sind die Aufwendungen

- für Erste Hilfe,
- für eine behördlich angeordnete Entseuchung, einschließlich der dabei verbrauchten Stoffe,

Maßgebend für Art und Umfang der Zuschüsse sind die Leistungstabellen der jeweiligen Tarifstelle.

Organspende und Spende von Gewebe und Blutbestandteilen

1.27 - Zuschussfähig sind die Aufwendungen

- für Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen an ein Mitglied oder dessen mitversicherte Angehörige. Zuschussfähig ist auch der von dem Spender nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkünften. Dies gilt auch für Personen, die als Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen,
- bei postmortalen Organspenden für Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Transport des Organs sowie die Organisation für die Bereitstellung des Organs zur Transplantation, soweit es sich bei dem Organempfänger um ein Mitglied oder dessen mitversicherten Angehörigen handelt,
- für die Registrierung von Mitgliedern oder deren mitversicherten Angehörige für die Suche nach einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register.

Maßgebend für Art und Umfang der Zuschüsse sind die Leistungstabellen der jeweiligen Tarifstelle.

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

1.28 - Zuschussfähig sind entsprechend § 132g SGB V Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

Die Höhe der zuschussfähigen Aufwendungen richtet sich nach der Vergütungspauschale entsprechend § 15 Absatz 5 der Bundesvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband mit den Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung vom 13. Dezember 2017 in Verbindung mit den Vergütungsvereinbarungen der jeweiligen Träger der Einrichtungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen.

Klinisches Krebsregister

1.29 - Die KVB beteiligt sich auf der Grundlage bestehender Vereinbarungen zwischen dem Bund und den zuständigen Krebsregistern an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung von Mitgliedern und mitversicherten Angehörigen.

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
01 100	Gutachten, Bescheinigungen, die von der KVB gefordert werden / Dienstunfähigkeits/-fähigkeitsbescheinigung für den Dienstherrn des Mitglieds	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
01 130 -139	Fahrtkosten - Hinfahrt	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 140 -149	Fahrtkosten - Rückfahrt	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 150	Fahrtkosten - Hinfahrt amb. Op. Chemo-/ Strahlentherapie	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 151	Fahrtkosten - Rückfahrt amb. Op. Chemo-/ Strahlentherapie	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 152	Fahrtkosten - Zwischenfahrten amb. Op. Chemo-/ Strahlentherapie	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
01 810	Amb. Komplextherapien	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
01 850	Palliativversorgung a) spezialisierte ambulante Palliativversorgung, b) stationäre Versorgung in Hospizen	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
01 880	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
01 890	Zuschüsse nach TS 1.29	90% der zuschussfähigen Aufwendungen

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
01 930 -939	Fahrtkosten - Hinfahrt bei Tbc-Behandlung und bei Behandlung eines Bluters	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 940 -949	Fahrtkosten - Rückfahrt bei Tbc- Behandlung und bei Behandlung eines Bluters	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 950 -969	Fahrtkosten - Hinfahrt bei Dialysebehandlung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 970 -989	Fahrtkosten - Rückfahrt bei Dialysebehandlung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)

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 Psychotherapeuten, 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-, Familien-, Lebens-, Paar-, oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie (psychoanalytisch begründete Verfahren), Verhaltenstherapie und Systemische Therapie

Für die Prüfung der Voraussetzungen, mit Ausnahme der Kurzzeittherapie, ist ein Gutachterverfahren eingerichtet. Vor Beginn einer Langzeittherapie (über 24 Sitzungen) 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 eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall bis zu 51 Euro zuschussfähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 30 Behandlungen zuschussfähig.

Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der psychoanalytisch begründeten Verfahren, Verhaltenstherapie oder Systemischen Therapie anzurechnen.

Psychosomatische Grundversorgung

Zuschussfähig sind:

- verbale Interventionen im Rahmen der GOÄ Nr. 849 oder
- übende und suggestive Interventionen nach den GOÄ Nrn. 845 bis 847 (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, 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 progressive Muskelrelaxation nach Jacobson 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, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson Relaxationstherapie oder Hypnose, nicht zuschussfähig.

Fortsetzung Seite 22.1

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach GOÄ Nr. 849 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 lfd. 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 zuschussfähig. Die Bezuschussung 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.

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 und Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme / oKFE-RL
 - d) Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien

in der jeweils geltenden Fassung.

Die Bezuschussung nach den unter c) und d) 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 zuschussfähig. Dies sind:

- PSA-Test bei Männern (Nr. 3908 GOÄ)
- gynäkologische Ultraschalluntersuchung bei Frauen (Nrn. 410, 418 u. 420 GOÄ)
- Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe (Nr. 651 GOÄ) sowie
- eine „Glaukom-Früherkennungsuntersuchung“; 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 bis zur Höhe der Vergütungen zuschussfähig, die zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbart sind.
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 sowie Früherkennungsmaßnahmen sind zuschussfähig, wenn sie in einer Klinik des Deutschen HNPCC-Konsortiums erbracht werden.
5. Bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind die Aufwendungen für
 - a) ärztliche Beratungen zu Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV,
 - b) Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, zuschussfähig.

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	Ärztliche Gebühren nach der GOÄ für die ambulante Durchführung von Operationsleistungen nach TS 2.5	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	
02 910	Tbc-Behandlung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen	
02 930	Behandlung der Blutererkrankung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen	

Tarifstelle 3

Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz

3.1 - Zu den Aufwendungen anerkannter ambulanter zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung und für Zahnersatz werden Zuschüsse nach der Leistungstafel gezahlt.

Bei Aufwendungen für Unterkunft bei medizinisch notwendigen auswärtigen ambulanten zahnärztlichen Leistungen sind die Bestimmungen der TS 2.7 sinngemäß anzuwenden.

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

3.2 - Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach LT Nr. 03 110 zur Früherkennung und Vorsorge sind zuschussfähig für

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den „Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung)“;
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach den „Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)“ ;
3. Prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B (Nrn. 1000, 1010, 1020, 1030, 1040) und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Heil- und Kostenplan: Genehmigungspflicht

3.3 - Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei kieferorthopädischer Behandlung, Zahnersatz sowie implantologischen Leistungen werden nach der Leistungstafel bezuschusst. Ausgenommen hiervon sind Heil- und Kostenpläne für auf Verlangen erbrachte Leistungen (vgl. TS 1.2).

Eine vorherige Genehmigung von Behandlungsmaßnahmen durch die Bezirksleitung ist nicht erforderlich - ausgenommen bei kieferorthopädischen Leistungen (vgl. TS 3.4).

Kieferorthopädische Leistungen

3.4 - Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen nach Abschnitt G der GOZ werden nach den LT Nrn. 03 510 und 03 610 bezuschusst.

Die Aufwendungen sind zuschussfähig, wenn

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
- bei schweren Kieferanomalien, eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.

Schwere Kieferanomalien sind:

- angeborene Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers,
- skelettale Dysgnathien,
- verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen.

Voraussetzung für die Zuschussung ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplans bei der Bezirksleitung und dessen Genehmigung

- vor Beginn der Behandlung,
- vor einer Weiterbehandlung nach Ablauf des 4. Behandlungsjahres (ausgenommen Retention).

Abweichend von einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres ist eine kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene zuschussfähig, wenn durch ein Gutachten bestätigt wird, dass

- die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können,
- keine Behandlungsalternative vorhanden ist,
- erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion.

Aufwendungen zu Leistungen zur Stabilisierung der Zähne (Retention) sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der auf der Grundlage des Heil- und Kostenplans durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung zuschussfähig.

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind nur zuschussfähig bei

1. Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
2. Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
3. Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigen Milchzahnverlustes,
4. Frühbehandlung
 - a) eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
 - b) eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen nicht zu korrigieren ist,
 - c) einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung,
 - d) eines progenen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei mesial sagittaler Stufe,
 - e) bei Platzmangel zum Schaffen von Zahnlücken von mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern oder zum Vergrößern von Zahnlücken um mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern,

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. Arzneimittel sind im Einzelfall über den Festbetrag hinaus zuschussfähig, wenn

1. nachgewiesen wird, dass eine Versorgung zum Festbetrag nicht möglich war oder
2. das Arzneimittel gemäß Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie vom Austausch ausgeschlossen ist (Aut-idem-Regelung).

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

Nicht zuschussfähige Aufwendungen

4.2 - Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für

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

- Lifestyle-Arzneimittel zur Behandlung von sexuellen Dysfunktionen (z.B. der erektilen Dysfunktion), Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, Raucherentwöhnung, Abmagerung oder Zügelung des Appetits, Regulierung des Körpergewichts, Verbesserung des Haarwuchses, Verbesserung des Aussehens, die gemäß § 34 Abs. 1 SGB V in der Anlage II der AM-RL explizit aufgeführt sind.

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

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

- Arzneimittel, für die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist bzw. die unzweckmäßig sind oder für die eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem therapeutischen Nutzen verfügbar ist und die gemäß § 35b Abs. 2 SGB V in der Anlage III der AM-RL unter nachfolgenden lfd. Nrn. explizit aufgeführt sind:
 2. - Alkoholentwöhnungsmittel
 11. - Antidiabetika, orale
 13. - Antidysmenorrhöika
 19. - traditionell angewendete Arzneimittel nach § 109 Absatz 3 und § 109a AMG oder traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a AMG
 21. - Clopidogrel (Monotherapie)
 - 21a. - Clopidogrel (Kombinationstherapie)
 33. - Insulinanaloga (schnell wirkend)
 - 33a. - Insulinanaloga (lang wirkend)
 39. - Prostatamittel
 43. - Saftzubereitungen für Erwachsene
 50. - Glinide

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

b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind.

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

Ausnahmsweise zuschussfähig sind:

1. nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die nach § 12 der AM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses verordnet werden dürfen. Erforderlich ist die Angabe der Diagnose;
2. auf Antrag Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel in voller Höhe, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel für KVB-Mitglieder sowie deren mitversicherten Angehörigen
 - bei Beitragsgruppe 1 / 51 bis 8 / 58 und 68 den Betrag von 8 €,
 - bei Beitragsgruppe 9 / 59 bis 12 / 62 den Betrag von 12 €,
 - bei den übrigen Beitragsgruppen den Betrag von 16 €

überschreiten und die in der Härtefallregelung nach TS 1.21 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Ausgenommen sind Präparate nach Anlage III Nr. 19 der Arzneimittelrichtlinien;

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

c) gesondert ausgewiesene Versandkosten.

4.3 - bleibt frei

Nahrungsergänzung und Sondennahrung

4.4 - Zuschussfähig nach LT Nr. 04 150 - 04 159 sind die vom Arzt nach Art und Umfang schriftlich verordneten

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

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

Wiederholter Bezug

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

Empfängnisregelnde Mittel

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

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
04 110 -119	Apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukte	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 122	Apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukte in Arzt-/ Zahnarztrechnungen	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 123	Apothekenpflichtige Arzneimittel nach LT Nrn. 04 910 - 939 in Arzt-/ Zahnarztrechnungen	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 125 -129	Harn-/ Blutteststreifen	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 140 -149	Nahrungsergänzung und Sondennahrung nach TS 4.4 a)	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 150 -159	Nahrungsergänzung und Sondennahrung nach TS 4.4 b)	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
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 bzw. für diagnostische Zwecke zuvor selbst beschafft wurden.	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 310 -319	Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, nach TS 4.2 b) 2.	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
04 910 -919	Tuberkulostatika (Tbc-Behandlung)	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)

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 bzw. für diagnostische Zwecke und Untersuchungen zuvor selbst beschafft wurden.	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 950 -959	Apothekenpflichtige Arzneimittel für durch die Dialysepflicht bedingte Behandlungen	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

Tarifstelle 5

Behandlungen besonderer Art

Heilmittel, Häusliche Krankenpflege und Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, ambulante Rehabilitation, Soziotherapie

Heilmittel (Tarifstellen 5.1 - 5.4)

Allgemeines

5.1 - Heilmittel werden nach der Leistungstafel bezuschusst, wenn die Leistungen aufgrund schriftlicher ärztlicher oder zahnärztlicher Verordnung von Leistungserbringern für Heilmittel nach TS 5.2, auch in Anstalten oder hierfür vorgesehenen Stellen, durchgeführt werden. Zuschussfähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Leistungserbringer in ihrem Beruf erbringen.

Die ärztliche oder zahnärztliche Verordnung muss Art, Zahl und Menge der notwendigen Behandlungen sowie die Diagnose bezeichnen.

Nicht zuschussfähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden (siehe aber TS 5.13).

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit siehe TS 1.19.

Leistungserbringer für Heilmittel

5.2 - Leistungserbringer für Heilmittel sind:

- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Sprachtherapeuten, staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen, Sprachheilpädagogen, klinische Sprechwissenschaftler, klinische Linguisten, Masseur, medizinische Bademeister, Podologen, medizinische Fußpfleger nach § 1 Podologengesetz (PodG), Diplompatholinguisten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler, Diätassistenten,
- bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch Sprachheilpädagogen sowie Diplomlehrer/ Diplomvorschulerzieher/Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte.

5.3 - bleibt frei

Bewegungs-, Mineral-, Thermalbäder

5.4 - Die Aufwendungen nach TS 5.1 Satz 3 verordneter Krankengymnastik und Bewegungsübungen in Bewegungs-, Mineral- oder Thermalbädern sind erstattungsfähig, wenn sie unter gezielter, auf das Krankheitsbild bezogener Anleitung von Leistungserbringern für Heilmittel nach TS 5.2 ausgeführt werden.

Die Aufwendungen für den Aufenthalt in allgemeinen Frei- und Hallenbädern sind auch bei ärztlicher Verordnung nicht erstattungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn es sich bei den Frei- und Hallenbädern um Mineral- oder Thermalbäder handelt.

Häusliche Krankenpflege und Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bei fehlender Pflegebedürftigkeit (Tarifstelle 5.5 - 5.9)

Definition, Allgemeines

5.5 - Häusliche Krankenpflege und Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bei fehlender Pflegebedürftigkeit umfassen nachfolgende Leistungen:

- Behandlungspflege:
Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte / Pflegekräfte delegiert werden können;
- Grundpflege:
Grundverrichtungen des täglichen Lebens, Mobilität und Motorik mit z.B. Betten, Lagern und Hilfe beim An- und Auskleiden, Hygiene mit z.B. Körperpflege, Benutzung der Toilette, Nahrungsaufnahme;
- Hauswirtschaftliche Versorgung:
Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind - insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen;
- verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen:
 - Einreiben mit Dermatika oder oro-tracheale Sekretabsaugung beim Waschen, Duschen oder Baden,
 - Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
 - Oro-tracheale Sekretabsaugung oder
 - Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung u.a.;
- ambulante psychiatrische Krankenpflege:
Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau), Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen, Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.
- allgemeine ambulante Palliativversorgung:
Ambulante Palliativleistungen, die nicht nach der Richtlinie für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach TS 1.23 erbracht werden.

Die Aufwendungen sind nach TS 5.6 bzw. 5.7 zuschussfähig soweit sie angemessen und nach ärztlicher Verordnung medizinisch erforderlich sind.

Die Verordnung muss Art, Dauer und täglichen Zeitaufwand der notwendigen Krankenpflege enthalten und grundsätzlich vor Beginn der Pflege ausgestellt sein.

Häusliche Krankenpflege

5.6 - Häusliche Krankenpflege kann sowohl in der eigenen Wohnung als auch außerhalb des eigenen Haushalts an einem anderen geeigneten Ort (z. B. Schule, Kindergarten, betreute Wohnform, Arbeitsstätte oder Alten-/ Seniorenwohnheim, spezialisierte Einrichtung für die Versorgung von chronischen oder schwer heilenden Wunden) erbracht werden.

a) Behandlungspflege / verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen / ambulante psychiatrische Krankenpflege / allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die angemessenen Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige ambulante Behandlungspflege, verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme, ambulante psychiatrische Krankenpflege bzw. allgemeine ambulante Palliativversorgung sind nach LT Nr. 05 610 zuschussfähig.

b) Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung

Die angemessenen Aufwendungen einer nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sind zuschussfähig, wenn ein Versicherter wegen Krankheit voraussichtlich nicht länger als 6 Monate pflegebedürftig ist. Zuschüsse werden nach LT-Nr. 05 611 geleistet; wegen Eigenanteilen / Abzugsbeträgen siehe TS 1.20.1.

Angemessenheit der Aufwendungen zu 5.6

- Professioneller ambulanter Pflegedienst

Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger. Dabei ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

- Nichtfachkräfte

Werden die Pflegeleistungen durch vom Arzt als geeignet erklärte Nichtfachkräfte erbracht, sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten für den Einsatz eines professionellen ambulanten Pflegedienstes zuschussfähig.

- Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder

Bei häuslicher Krankenpflege durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder der gepflegten Person sind nur zuschussfähig:

- Aufwendungen für Fahrtkosten (z.B. nachgewiesene Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel), bei Benutzung eines privateigenen Kraftfahrzeuges gelten die Sätze der TS 1.17 entsprechend und
- eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bei fehlender Pflegebedürftigkeit

5.7 - Ist Häusliche Krankenpflege nach Tarifstelle 5.6

1. bei schwerer Krankheit oder
2. wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit,

insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend, sind im Rahmen einer Kurzzeitpflege pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für soziale Betreuung sowie medizinischer Behandlungspflege entsprechend § 42 SGB XI nach LT Nr. 05 612 zuschussfähig, sofern

- keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 vorliegt,
- die Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder in anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt wird und
- die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt wird.

Die Zuschussfähigkeit ist auf insgesamt 8 Wochen im Kalenderjahr und auf den in § 42 SGB XI genannten Betrag (Stand 01.01.2018 = 1.612,00 €) begrenzt.

Behandlungspflege

- bei dauernder Unterbringung in Pflegeheimen

- in vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Hilfe für Behinderte Menschen im Sinne von § 43a SGB XI

5.8 - Eine Bezuschussung der angemessenen Aufwendungen für erforderliche Behandlungspflege ist für Mitglieder / mitversicherte Angehörige zulässig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht

- a) bei Unterbringung in Pflegeheimen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate (§ 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist,
- b) bei Unterbringung in vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a SGB XI. Dies ist der Fall, wenn die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtungen oder Räumlichkeiten gehört.

Angemessenheit der Aufwendungen zu 5.7 und 5.8

5.9 - Zuschussfähig sind Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger. Dabei ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Ambulante Rehabilitation (Tarifstelle 5.10)

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen werden in Rehabilitationseinrichtungen oder wohnortnahen Einrichtungen durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten kommen nur zur Behandlung in die Einrichtungen. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

5.10 - Therapeutische Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation umfassen

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

Voraussetzung

Die Anerkennung einer ärztlich verordneten ambulanten Reha-Maßnahme setzt die Selbsthilfefähigkeit des Patienten voraus. Diese ist gegeben, wenn der Patient zumindest begrenzt gehfähig ist, sich ohne fremde Hilfe ankleiden und die Toilette benutzen kann.

Mobile Rehabilitation

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

Verlängerung

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

Fahrtkosten

- Sofern die Rehabilitationseinrichtung bescheinigt, dass keine kostenfreie Transportmöglichkeit angeboten wird, sind nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10,00 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt ohne Abzug von Eigenanteilen nach LT Nr. 05 812 zuschussfähig. Bei der Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges oder eines anderen motorgetriebenen Fahrzeuges gelten die Sätze der TS 1.17.4 entsprechend.
- Fahrtkosten der Therapeuten sind bei der mobilen Rehabilitation nach LT Nr. 05 364 zuschussfähig.

Sonstiges (Tarifstellen 5.11 - 5.16)

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.

Werden Lymphdrainage, Massage Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach LT Nr. 05 143 abgegolten.

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 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.

Abweichend von TS 1.17 sind Fahrtkosten nicht zuschussfähig.

Soziotherapie

5.14 - Aufwendungen für eine Soziotherapie werden bezuschusst, wenn

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

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

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

Wegen Eigenanteilen / Zuzahlungen siehe TS 1.20.1.

Kommunikationshilfen

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

Als Kommunikationshilfe kommen Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher oder andere nach der Kommunikationshilfeverordnung (KHV) zugelassene Hilfen in Betracht. Bezuschusst werden nach LT Nr. 05 810 die Einsatzzeit nach § 9 Abs. 3 JVEG - Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (Stand 11.10.16: 70 € / Stunde) zuzüglich erforderlicher Reisezeiten (§ 8 Absatz 2 JVEG) und erforderliche Fahrtkosten (§ 8 Absatz 1 Nr. 2 i. V. m. § 5 JVEG) der Kommunikationshilfe.

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

Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 112	Inhalationen¹⁾	80% aus höchstens €
	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	8,80
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80
	c) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	7,50
	d) Radon-Inhalation im Stollen	14,90
	e) Radon-Inhalation mittels Hauben	18,20
05 132	Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
	a) Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage als Einzelbehandlung, Richtwert ⁴⁾ 20 Minuten	25,70
	b) Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	33,80
	c) Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert 45 Minuten	45,30
	d) Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 25 Minuten, je Teilnehmer	8,20
	e) Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	14,30

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Podologie (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	j) Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
	k) Versorgung mit einer konfektionierten Klebepspange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
05 610	Behandlungspflege - bei Pflege durch Pflegefachkraft / Nicht-Fachkraft	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
05 611	Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
05 612	Kurzzeitpflege in zugelassener Pflegeeinrichtung bei fehlender Pflegebedürftigkeit	80% aus höchstens € 1.612,00
05 703 - 705	ambulanter Rehabilitationssport (je Übungseinheit)	80% aus höchstens € 8,20
05 712 - 713	Funktionstraining (je Übungseinheit)	80% aus höchstens € 8,20
05 800	Soziotherapie	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
05 810	Sonstiges	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
05 812	Fahrtkosten für Ambulante Rehabilitation nach TS 5.10	80% aus höchstens € 10,00
05 910	Tbc-Behandlung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

- 1) Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.
- 2) Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig.
- 3) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als zuschussfähig anerkannt werden.
- 4) Richtwert im Sinne der Leistungstafel ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Tarifstelle 6

Sehhilfen

Allgemeines, ärztliche Verordnung

6.1 - Zu den Aufwendungen für die Beschaffung von Sehhilfen werden Zuschüsse nach der Leistungstafel gezahlt.

Soweit keine Höchstbeträge vorgesehen sind, gelten Aufwendungen für Sehhilfen als angemessen.

Als Sehhilfen werden bei Erfüllung der in den nachstehenden Absätzen genannten Bedingungen bezuschusst:

- Brillen,
- Kontaktlinsen,
- Vorhänger,
- vergrößernde Sehhilfen.

Aufwendungen für

- a) Sehhilfen, die ausschließlich aufgrund einer beruflichen Tätigkeit erforderlich werden,
- b) Bildschirmbrillen,
- c) Brillenversicherungen,
- d) Brillenetuis,
- e) Zweitbrillen,
- f) Sportbrillen (Ausnahme siehe TS 6.2, 2. Absatz)
- g) Reservebrillen (Ausnahme siehe TS 6.5c, 2. Absatz)

sind nicht zuschussfähig.

Aufwendungen für die Vergütung von Gläsern (Entspiegelung o.ä.) sowie für die Handwerksleistung (z.B. Einschleifen) sind zusammen mit dem Gläserpreis nur innerhalb der in der Leistungstafel genannten Höchstbeträge für Gläser zuschussfähig.

Für Sehbrillen / Kontaktlinsen ist eine augenärztliche Verordnung bei der erstmaligen Beschaffung, für alle übrigen Sehhilfen in jedem Beschaffungsfall erforderlich.

Mehrere Brillen, Sportbrille

6.2 - Sind verschiedene Brillenarten nötig (Nah-, Fern-, Mehrstärkenbrille), so werden höchstens die Kosten für zwei Brillen bezuschusst.

Müssen Personen, die der Vollzeitschulpflicht unterliegen, während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen - einschließlich Handwerksleistungen - in folgendem Umfang zuschussfähig:

- für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach der Leistungstafel
- für eine Brillenfassung nach der LT Nr. 26 150.

Ersatzbeschaffung von Brillen, Reparatur

6.3 - Die Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Brillen werden nur dann bezuschusst, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Brille drei Jahre vergangen sind.

Vor Ablauf dieses Zeitraums wird ein Zuschuss nur gezahlt, wenn die Ersatzbeschaffung der Brille notwendig ist, weil

- sich die Sehschärfe geändert hat,
- die bisherige Brille verloren oder wegen Beschädigung unbrauchbar geworden ist,
- sich die Kopfform geändert hat.

Reparaturkosten für das Gestell werden nach der Leistungstafel bezuschusst (siehe aber 6.1).

Brillen mit besonderen Gläsern, Vorhänger

6.4 - Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind nur bei folgenden Indikationen bis zu den in der Leistungstafel genannten Höchstbeträgen zuschussfähig:

a) Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), fototrope Gläser, Vorhänger

1. bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z.B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
2. bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z.B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
3. bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z.B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
4. bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z.B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
5. bei Ziliarneuralgie,
6. bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut / Aderhaut oder der Sehnerven,
7. bei totaler Farbenblindheit,
8. bei Albinismus,
9. bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
10. bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z.B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
11. bei Gläsern ab +10,0 Dioptrien,
12. im Rahmen einer Fotochemotherapie,
13. bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

b) Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)

1. bei Gläserstärken ab +6,0 / -6,0 Dioptrien
2. bei Anisometropien ab 2,0 Dioptrien,
3. unabhängig von der Gläserstärke
 - bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
 - bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Mißbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
 - bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen
 - bei Brillen, die im Rahmen der Vollzeitschulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind.

Kontaktlinsen, Kurzzeitlinsen

6.5a - Aufwendungen für Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe sind nur bei nachstehend aufgeführten Indikationen zuschussfähig:

1. Kurzsichtigkeit (Myopie) ab 8 Dioptrien,
2. Weitsichtigkeit (Hyperopie) ab 8 Dioptrien,
3. irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20% verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
4. Astigmatismus rectus und inversus ab 3 Dioptrien,
5. Astigmatismus obliquus (Achslage $45^\circ \pm 30^\circ$ bzw. $135^\circ \pm 30^\circ$) ab 2 Dioptrien,
6. Keratokonus,
7. Aphakie,
8. Aniseikonie von mehr als 7 Prozent (die Aniseikoniemessung ist nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),
9. Anisometropie ab 2 Dioptrien.

6.5b - Aufwendungen für Kurzzeitlinsen sind bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß TS 6.5a nach LT Nr. 26 320 zuschussfähig.

6.5c - Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für eine Brille zuschussfähig.

Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind die Aufwendungen - im Rahmen der Höchstbeträge - zuschussfähig für

- eine Reservebrille oder
- eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinsen und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie.

Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen werden für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bezuschusst, sofern die Voraussetzungen zur Bezuschussung von Kontaktlinsen erfüllt sind.

Bezüglich der Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen gilt TS 6.3 sinngemäß; für weiche Kontaktlinsen gilt ein verkürzter Zeitraum von zwei Jahren.

Vergrößernde Sehhilfen

6.6 - Zu den Aufwendungen für vergrößernde Sehhilfen (Lupen, Leselupen, Leselineale, Fernrohrbrillen, Fernrohlupenbrillen, elektronische Lesegeräte, Prismenlupenbrillen u.ä.) wird ein Zuschuss nach der Leistungstafel gezahlt, wenn die Beschaffung nach augenärztlicher Bescheinigung notwendig ist und die Voraussetzungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie / HilfsM-RL), in denen die Indikationen für vergrößernde Sehhilfen festgelegt sind, vorliegen.

Schwere Sehbeeinträchtigung

6.7 - Eine schwere Sehbeeinträchtigung liegt vor, wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; diese liegt unter anderem vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge $\leq 0,3$ beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld ≤ 10 Grad bei zentraler Fixation ist.

Therapeutische Sehhilfen

6.8 - Die Zuschussfähigkeit von Aufwendungen für Brillen mit Speziallinsen und Brillen, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Hilfsmittel-Richtlinien), in denen die Indikationen für therapeutischen Sehhilfen festgelegt sind. Therapeutische Sehhilfen sind nach TS 7, LT Nr. 07 110, zuschussfähig. Es gelten die für Hilfsmittel nach TS 1.20.1 Nr. 1b vorgesehenen Abzugsbeträge.

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2021 entstandene Aufwendungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
26 130 -131	Brillengestelle	80% aus höchstens 26,00 €
26 140	Reparatur Brillengestelle	80% aus höchstens 26,00 €
26 150 -151	Sportbrillengestelle für Personen, die der Vollzeit- schulspflicht unterliegen	80% aus höchstens 52,00 €
26 221 -224	Einstärkengläser bis +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 36,00 € je Glas
26 225 -229	Einstärkengläser über +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 56,50 € je Glas
26 231 -232	Zweistärkengläser (Bifokal) bis +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 82,00 € je Glas
26 233 -234	Zweistärkengläser (Bifokal) über +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 102,50 € je Glas
26 241 -242	Dreistärkengläser (Trifokal) oder Gleitsichtgläser (Mul- tifokal) bis +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 102,50 € je Glas
26 243 -244	Dreistärkengläser (Trifokal) oder Gleitsichtgläser (Mul- tifokal) über +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 123,00 € je Glas
26 262 -264	Zuschlag für Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) gem. TS 6.4b	80% aus höchstens 21,00 € je Glas
26 265 -267	Zuschlag für Gläser mit prismatischer Wirkung	80% aus höchstens 21,00 € je Glas
26 282 -285	Tönung gem. TS 6.4a	80% aus höchstens 11,00 € je Glas
26 310	Kontaktlinsen gem. TS 6.5a	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
26 320	Kurzzeitlinsen gem. TS 6.5b	80% aus höchstens 154,00 € (sphärisch) und 230,00 € (torisch) im Kalenderjahr

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2021 entstandene Aufwendungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
26 410 -415	vergrößernde Sehhilfen gem. TS 6.6	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
26 610 -615	Refraktionsbestimmung durch Augenoptiker	80% aus höchstens 13,00 € je Sehhilfe
26 910	Leistungen im Zusammenhang mit einer Tbc-Erkrankung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

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

Darmrohr
Darmverschlusskapsel
Defibrillatorweste
Dekubitus-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
Elektroscooter (bis zu 2500 € zuschussfähig, 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)

Gehgipsgalosche
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 Gewebezuckermessung (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 sowie IdO-Geräte einschließlich Otoplastik, Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte - C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfen), 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 1500 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

Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
Klumpfußschiene
Klumphandschiene
Klyso
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebrally-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. Dekubitus, 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

Psoriasisikamm

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 Gefäßkrankungen)

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 oder Personen mit Hüfttotalendoprothesen (auch automat. Anlage)
Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
Tragegurtsitz
Treppenrollstuhl, -raupe, -fahrer, -meister

Übertragungsanlagen zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zusätzlich

zu einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat oder wenn bei peripherer Normalhörigkeit auf Grund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens 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 zuschussfähig.

Zuschussfähig nach LT Nr. 07 115 sind auch Aufwendungen für Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen und der damit bestehenden oder stets anzunehmenden Infektionsgefahr (z. B. bei Blutentnahme oder Injektionen) schützen.

Nicht zuschussfähige Hilfsmittel

7.4 - Nicht zu den zuschussfähigen 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
antiallergene-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
Elektrofahrzeug (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
Kommunikationssystem
Kondome
Kopfhörer
Kraftfahrzeug einschließlich behinderten-
gerechter Umrüstung
Krankenunterlagen (aus z. B. Tuch oder Gummi
zum Schutz der Matratze bzw. auch andere bei
Fehlen der Voraussetzungen nach TS 7.2)
Kreislaufgerät
Küchengeräte

Lagerungskissen/-stütze, außer Abdukti-
onslagerungskeil
Language-Master
Luftbefeuchter
Luftreinigungsgeräte

Magnetfolie (z.B. Mogusa)
Massagegerät
Matratze (außer Dekubitus-)
Medos-Hilfensessel (außer Aufwendungen bis
Standard-Behindertensstuhl)
M-Extender-Hängeliege
Monophonator
Munddusche

Nackenkissen (z.B. Witschi, Ricki, Brügger)
Nackenheizkissen

Öldispersionsapparat

Pulsfrequenzmesser

Rotlichtlampe
Rückentrainer

Salbenpinsel
Sandbox
Schlaftherapiegerät
Schnurloses Telefon
Schuhe (soweit nicht in TS 7.2 aufgeführt)
Seifenspender/-halter
der beruflichen Rehabilitation)
Sicherheitsschuh, orthopädisch (ggf. Kos-
tenübernahme durch Arbeitgeber bzw. Träger)
Spezialsitze
Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflöse
Stockroller
Stockständer
Stufenbett (auch z. B. Bandscheibenwürfel)
SUNTRONIC-System (AS 43)
Swing-Trainer

Taktellgerät
Tamponapplikator
Tandem für Behinderte
Telefonverstärker
Telefonhalter
Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
Transit-Rollstuhl
Treppenlift, Monolift, Plattformlift

Übungsmatte
Ultraschalltherapiegeräte
Universal-Streck- und Entspannungsliege
Urin-Prüfgerät

Venenkissen
Vibrion-Feder

Waage
Wärmedecken/-flaschen
Wandstandgerät
WIP-Venentrainer

Zahnpflegemittel
Zehenkorrektursandale
Zweirad für Behinderte.

Perücken

7.5 - Aufwendungen für ärztlich verordnete Voll- oder Teilperücken einschließlich Befestigungselementen wie Klebestreifen und Spangen sowie Materialien zur Befestigung sind zuschussfähig, wenn vorübergehend oder langfristig, großflächiger und massiver Haarverlust wegen einer Krankheit oder im Zusammenhang mit einer Krankheit vorliegt, insbesondere bei:

1. Chemotherapie,
2. Strahlenbehandlung,
3. vorübergehender oder dauerhafter Medikamentengabe,
4. Operationen,
5. Infekten oder anderen entzündlichen Erkrankungen,
6. Stoffwechselerkrankungen,
7. psychischen Erkrankungen mit oder durch Haarverlust,
8. sonstigen Erkrankungen mit Haarverlust,
9. Deformation des Kopfes mit entstellender Wirkung,
10. Unfallfolgen.

Aufwendungen für eine zweite Voll- oder Teilperücke zum Wechseln sind nur zuschussfähig, wenn eine Voll- oder Teilperücke länger als ein Jahr getragen werden muss.

Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke sind zuschussfähig, wenn

1. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Kunststoff ein Jahr vergangen ist,
2. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Echthaar zwei Jahre vergangen sind oder
3. sich bei Kindern vor Ablauf der vorangegangenen Zeiträume die Kopfform geändert hat.

Bei der Erstverordnung sind auch die Aufwendungen für einen Perückenkopf zuschussfähig.

Reparaturen, Ersatz, Unterweisung in den Gebrauch, Mietgebühren, Betrieb und Unterhaltung

7.6 - Aufwendungen für Reparatur, Ersatz und Unterweisung in den Gebrauch sind zuschussfähig. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen zuschussfähigen Hilfsmittels sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung erneut zuschussfähig. Die Vorlage einer aktuellen ärztlichen Verordnung ist erforderlich.

Aufwendungen für Reparaturen von zuschussfähigen Hilfsmitteln sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung zuschussfähig.

Mietgebühren und Versorgungspauschalen für zuschussfähige Hilfsmittel sind zuschussfähig, sofern sie niedriger als die entsprechenden Anschaffungskosten sind.

Bei Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der zuschussfähigen Hilfsmittel und Geräte sind nur die innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 € hinausgehenden Aufwendungen des Mitglieds (einschließlich der Aufwendungen für mitversicherte Angehörige) zuschussfähig. Für entsprechende Aufwendungen zu Körperersatzstücken gilt diese Einschränkung nicht.

Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben.

Mehrfachausstattung

7.7 - Eine ärztlich verordnete Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln ist zuschussfähig, wenn diese aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

Blindenhilfsmittel

7.8 - Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang zuschussfähig:

- a) Aufwendungen für zwei Langstöcke, elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe für Blinde sowie ggf. für elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung
- b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
 - aa) Unterrichtsstunde a 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbearbeitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden, 63,50 €
 - bb) Fahrtzeit des Trainers je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird, 50,48 €
 - cc) Fahrtkosten des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, 0,30 €
 - dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist. 26,00 €

Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

- c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z.B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b.
- d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

Die entstandenen Aufwendungen für das Mobilitätstraining sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine Rechnung vom Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls er zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die zuschussfähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

Hilfsmittelversorgung über Vertragspartner der KVB

7.9 - Insbesondere für folgende Hilfsmittel kann eine Versorgung über Vertragspartner der KVB erfolgen:

- Badehilfen
- Gehhilfen
- Hilfsmittel gegen Dekubitus
- Inhalations- und Atemtherapiegeräte
- Kranken-/Behindertenfahrzeuge
- Toilettenhilfen

Das jeweilige Hilfsmittel wird den Versicherten von den Vertragspartnern auf Anforderung unter Vorlage der ärztlichen Verordnung zu besonderen Konditionen zur Verfügung gestellt. Der Versicherte kann die Form der Versorgung (leihen oder kaufen) wählen. Auskünfte erteilen die Bezirksleitungen der KVB unter folgenden Telefonnummern:

Bezirksleitung Karlsruhe:	0721 8243-448
Bezirksleitung Kassel:	0561 7813-199
Bezirksleitung Münster:	0251 6271-109
Bezirksleitung Rosenheim:	08031 4076-280
Bezirksleitung Wuppertal:	0202 4966-329

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
07 110 -112	Hilfsmittel nach TS 7.2	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 113 -114	Hilfsmittel nach TS 7.9	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 115 -117	Verbrauchshilfsmittel gem. TS 7.3	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 118 -119	Verbrauchshilfsmittel in Arztrechnung, Training für Blinde nach TS 7.8	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
07 120	Perücken	80% aus höchstens 512,00 €
07 132 -133	Maßschuhe, orthopädisch	80% der zuschussfähigen Aufwendungen, 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 zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 150	Inkontinenz-Verbrauchshilfsmittel	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (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

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
07 610	Betrieb und Unterhaltung	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 7.6)
07 620 -621	Reparaturen, Folgemietgebühren, Folgeversorgungspauschalen (außer nach TS 7.9)	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
07 622 -623	Erstmietgebühr, Erstversorgungspauschale (außer nach TS 7.9)	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 630 -631	Hilfsmittel nach TS 7.9 im Rahmen einer Versorgungspauschale (Folgeversorgungspauschale)	80 % der zuschussfähigen Aufwendungen
07 632 -633	Hilfsmittel nach TS 7.9 im Rahmen einer Versorgungspauschale (Erstversorgungspauschale)	80 % der zuschussfähigen Aufwendungen (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 zuschussfähigen Aufwendungen gem. Vereinbarung (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 710	Arm-, Beinprothesen und deren Ausbesserung	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 720	Stoma-Versorgungsartikel	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1 Nr. 1b)
07 910	Leistungen im Zusammenhang mit einer Tbc-Erkrankung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

Tarifstelle 8

Stationäre Krankenhausbehandlung, Heilkur und stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Stationäre Krankenhausbehandlung (TS 8.1 - 8.8)

Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V

8.1 - Zuschussfähig sind die Aufwendungen notwendiger und anerkannter Leistungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V, soweit sie entstanden sind für

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a SGB V,
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 KHEntgG und § 2 Abs. 2 BPfIV),
3. Wahlleistungen in Form
 - a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne des § 17 KHEntgG und des § 16 Satz 2 BPfIV,
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 KHEntgG und des § 16 Satz 2 BPfIV abzüglich eines Betrages von 2,50 € täglich,
4. Leistungen des Belegarztes (§ 18 KHEntgG) nach den LT Nrn. 08 130 oder 08 230,
5. eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V.

Voraussetzung für die Bezuschussung von Wahlleistungen ist, dass die Wahlleistungsvereinbarung entsprechend des KHEntgG und der BPfIV vor der Erbringung der Wahlleistung schriftlich abgeschlossen wurde und der Bezirksleitung spätestens zusammen mit der ersten Rechnung vorgelegt wird. Aufwendungen, die von Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden, obwohl eine Vereinbarung zur Erbringung von Wahlleistungen nicht oder verspätet abgeschlossen wurde, sind nicht zuschussfähig.

Behandlung in Krankenhäusern ohne Zulassung nach § 108 SGB V (Privatkliniken)

8.2 - Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des SGB V erfüllen, aber nicht nach § 108 des SGB V zugelassen sind (Privatkliniken), sind wie folgt zuschussfähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden:
 - a) die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen nach TS 8.1 Nr. 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG unter Zugrundelegung des einheitlichen Basisfallwertes nach § 10 Abs. 9 Satz 5 u. 6 KHEntgG für die Hauptabteilung ergibt,
 - b) die nach § 17b Abs. 4 KHG ausgegliederten Pflegepersonalkosten und zwar für jeden Belegungstag die maßgebliche Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 Satz 5 KHG multipliziert mit dem in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG genannten Betrag und
 - c) Zusatzentgelte bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG ausgewiesenen Höhe;

2. bei Indikationen, die in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) nach § 17d KHG und in psychosomatischen Einrichtungen abgerechnet werden:

- a) das nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkatalogs berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 €,
- b) Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und
- c) ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes von 300 €;

maßgebend ist die jeweils geltende, auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlichte Fassung des PEPP-Entgeltkatalogs,

3. gesondert berechnete Wahlleistungen für die Unterkunft in einem Zweibettzimmer bis zur Höhe von 1,5% bzw. für die Unterkunft in einem Einbettzimmer bis zur Höhe von 2,7% der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 des KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors, abzüglich eines Betrages von 2,50 € täglich.

Wenn die Privatklinik zur Notfallversorgung als nächstgelegenes Krankenhaus aufgesucht werden musste, sind die Aufwendungen ohne Begrenzung nach den Nrn. 1 – 3 zuschussfähig.

Gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind, sofern die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte erfolgt, neben den Aufwendungen nach den Nrn. 1 und 2 zuschussfähig. Die Ermittlung der Zuschusshöhe zu den Arztkosten erfolgt nach den LT Nrn. 08 130 oder 08 230.

Bei medizinisch notwendiger Unterbringung einer Begleitperson in der Privatklinik gelten die Bestimmungen der TS 8.5 entsprechend.

Vor Behandlungsbeginn kann der Bezirksleitung ein Kostenvoranschlag mit den voraussichtlich entstehenden Aufwendungen zur Prüfung der Zuschussfähigkeit eingereicht werden.

Behandlung in gemischten Krankenanstalten

8.3 - Sollen Häuser in Anspruch genommen werden, in denen auch Heilkuren oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden (gemischte Krankenanstalten), so ist vor Aufnahme die schriftliche Genehmigung der Bezirksleitung einzuholen (vgl. dazu auch TS 8.7, 8.9 und 8.10).

Behandlung im Ausland

8.4 - Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen zuschussfähigen Aufwendungen stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. Aufwendungen stationärer Leistungen in Privatkliniken werden nach TS 8.2 bezuschusst.

Außerhalb der Europäischen Union entstandene zuschussfähige Aufwendungen stationärer Leistungen werden nach TS 8.2 bezuschusst.

Wegen Aufwendungen zur Notfallversorgung siehe TS 1.13.

Begleitpersonen

8.5 - Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des KHEntgG abgerechnet, kann für die medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG) ein Zuschlag berechnet werden. Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts zuschussfähig. Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung nach den Vorgaben der BPfIV, ist die medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus durch den Pflegesatz nach der BPfIV abgegolten. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der behandelnde Krankenhausarzt.

Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus zuschussfähig.

Wahlleistungen

8.6 - Gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen werden im Rahmen der vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen im Sinne des KHEntgG und der BPfIV sowie einer vorstationären und nachstationären Krankenhausbehandlung nach dem SGB V nach den LT Nrn. 08 130 und/oder 08 230 bezuschusst.

Gesondert berechenbare Zuschläge für die Unterkunft in einem Zwei- oder Einbettzimmer üblicher Art und Ausstattung werden im Rahmen der vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen im Sinne des KHEntgG und der BPfIV nach den LT Nrn. 08 241 oder 08 341 bezuschusst.

Als Kosten eines Zwei- oder Einbettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Fachabteilung, in der die Unterbringung erfolgt, als zuschussfähig anerkannt.

Andere gesondert berechenbare Wahlleistungen, die in der Leistungstafel nicht aufgeführt sind, werden nicht bezuschusst.

Leistungsausschlüsse

8.7 - Es werden keine Zuschüsse gezahlt zu den Aufwendungen für:

- a) wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsverfahren (vgl. TS 1.5),
- b) Leistungen, die nicht der Heilung oder Milderung eines Krankheitszustandes dienen (vgl. TS 1.2),
- c) Pflegefälle nach dem Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG).

8.8 - bleibt frei

Rehabilitationsmaßnahmen (TS 8.9 - 8.12)

Hinweis:

Stationäre und teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. auch Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren) werden nach den „Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren“ der KVB (Anlage 1 zum Tarif der KVB) von der Hauptverwaltung der KVB (Abt. Rehabilitation) bewilligt.

Vollstationäre Maßnahmen der neurologischen Frührehabilitation der Phasen B und C werden wie stationäre Krankenhausbehandlung nach TS 8.1 bezuschusst.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

8.9 - Zu den Aufwendungen für eine von der KVB genehmigte stationäre Rehabilitationsmaßnahme werden Zuschüsse nach LT Nr. 08 310 bis 08 322 des KVB-Tarifs gezahlt. Wurde die stationäre Rehabilitationsmaßnahme von einem anderen Dienstherrn bewilligt, werden die Zuschüsse nach LT Nr. 08 420 bis 08 422 gezahlt.

Zuschussfähig sind bei pauschaler Abrechnung der von der KVB mit der Behandlungsstätte vereinbarte bzw. der von den Krankenkassen nach § 111 SGB V oder einem anderen Sozialversicherungsträger vereinbarte Pflegesatz, die anerkannten Fahrtkosten und die Kurtaxe. Ist eine pauschale Abrechnung nicht möglich, sind der niedrigste Satz der Behandlungsstätte für Unterkunft und Verpflegung, der Aufwendungen für die notwendigen medizinischen Leistungen, die anerkannten Fahrtkosten und die Kurtaxe zuschussfähig. Wahlleistungen aller Art sind darüber hinaus nicht zuschussfähig. Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe werden nach TS. 11 bezuschusst.

Zu den zuschussfähigen Aufwendungen für eine Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur werden Zuschüsse nach LT Nr. 08 360 bis 08 362 gezahlt.

Zu den zuschussfähigen Aufwendungen für eine familienorientierte Rehabilitation werden bei nachfolgend genannten Erkrankungen eines Kindes Zuschüsse nach LT Nr. 08 360 bis 08 362 gezahlt: Schwere chronische Erkrankungen (insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose), Zustand nach Herzoperation oder nach Organtransplantation.

Bei Einweisung in durch die KVB bestimmte Einrichtungen werden die zuschussfähigen Aufwendungen direkt mit der Einrichtung abgerechnet. Auf das Mitglied entfällt ein Eigenbehalt, und zwar der durch die Tarifleistungen nicht gedeckte Anteil. Der Ausgleich des Eigenbehalts kann im Bankeinzugsverfahren erfolgen, wenn das Mitglied eine entsprechende Ermächtigung erteilt. Der Ausgleich kann auch durch Überweisung oder durch Einbehalt von den Dienst- und Versorgungsbezügen erfolgen, sofern diese vom Bundeseisenbahnvermögen gezahlt werden und das Mitglied sich hiermit einverstanden erklärt.

Bei der Durchführung einer genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme in nach eigener Wahl bestimmten Einrichtungen wird der Zuschuss zu den Aufwendungen für die Rehabilitationsmaßnahme von der KVB nach Vorlage der Rechnung an den Anspruchsberechtigten selbst geleistet.

Anschlussheilbehandlung (AHB)

8.10 - Zu den Aufwendungen für eine von der KVB genehmigte Anschlussheilbehandlung in einem Krankenhaus oder in einer durch die gesetzlichen Krankenkassen oder andere Sozialversicherungsträger zugelassenen Rehabilitationseinrichtung werden Zuschüsse nach LT Nr. 08 330 bis 08 332 des KVB-Tarifs gezahlt. Für eine von einem anderen Dienstherrn genehmigte Anschlussheilbehandlung werden die Zuschüsse nach LT Nr. 08 430 bis 08 432 gezahlt. Im Übrigen gelten die Regelungen der Tarifstelle 8.9 entsprechend.

Heilkur

8.11 - Bei einer von der KVB oder einem anderen Dienstherrn genehmigten Heilkur werden zu den Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arzneimittel und Heilbehandlungen sowie für anerkannte Fahrtkosten, Kurtaxe - ggf. auch für die Begleitperson - und für den ärztlichen Schlussbericht Zuschüsse nach LT Nr. 08 440 bis 08 441 des KVB-Tarifs gezahlt.

Für die in Tarifstelle 5 des KVB-Tarifs bezeichneten Heilbehandlungen gelten die hierzu festgesetzten Höchstbeträge entsprechend.

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden Zuschüsse für höchstens drei Wochen nach LT Nr. 08 450 bis 08 451, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, nach LT Nr. 08 460 bis 08 461 des KVB-Tarifs gezahlt. Reisetage werden dabei nicht berücksichtigt.

Nicht genehmigte Rehabilitationsmaßnahmen

8.12 - Bei nicht genehmigten Rehabilitationsmaßnahmen oder bei kurähnlichen Behandlungen werden die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nicht bezuschusst. Zu den anerkannten Behandlungskosten werden von der KVB tarifgemäße Zuschüsse gewährt (vgl. TS 1.15).

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Allgemeine Krankenhausleistungen i. S. des/der KHEntgG/BPflV (Regelpflege- klasse)	
08 110	Pflegesätze	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 111	Sonderentgelte	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 112	Fallpauschale	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 113	vorstationärer Pflegesatz	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 114	nachstationäre Pflegesätze	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 115	teilstationäre Pflegesätze	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
	Wahlleistungen Unterkunft (vgl. TS 8.1 Nr. 3, TS 8.2 Nr. 3 und TS 8.6 Absatz 2 und 3)	
08 241	Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- bettzimmer	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
08 341	Zuschlag für Unterbringung in einem Ein- bettzimmer	75% der zuschussfähigen Aufwendungen
	Vergütung der Arztkosten	
08 130	Arztkosten, soweit diese nicht durch den Pflegesatz/die Fallpauschale abgegolten sind, sowie wahlärztliche Leistungen bei Behandlung in der Regelpflegeklasse	100% der mit der Kassenärzt- lichen Bundesvereinigung und dem Verband der leitenden Krankenhausärzte vertraglich vereinbarten Gebühren, soweit keine vertraglichen Verein- barungen bestehen, 100% der Gebühren, die nach der GOÄ angemessenen sind.

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 Fahrtkosten)	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% der zuschussfähigen Aufwendungen
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.

Tarifstelle 9

Schwangerschaft, Geburtsfälle

Künstliche Befruchtung

9.1 - Im Krankheitsfall werden auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft und die im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel bezuschusst, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121 a SGB V erteilt worden ist.

Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.

Die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1 bestimmen sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V.

Anspruch auf Bezuschussung besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben.

Vor Beginn der Behandlung ist der Bezirksleitung ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen.

Von den Kosten laut genehmigtem Behandlungsplan werden 50 vom Hundert der Kosten für die Maßnahmen, die bei dem Mitglied/mitversicherten Angehörigen durchgeführt werden, nach den jeweiligen Tarifstellen bezuschusst.

Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, werden nach den jeweiligen Tarifstellen bezuschusst.

Schwangerschaft

9.2 - Kosten für Leistungen während der Schwangerschaft, wie z.B. Arzt, Arzneien, Hebamme, Entbindungspfleger, Heilmittel, Hilfsmittel und Transport werden nach den hierfür geltenden Tarifbestimmungen bezuschusst.

Schwangerschaftsabbruch

9.3 - Aufwendungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind nach den für die jeweilige Leistung geltenden Tarifbestimmungen zuschussfähig. Hierzu zählen auch Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen.

Mutterschaftsvorsorge

9.4 - Im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge regelmäßig zu Lasten der KVB durchgeführte Untersuchungen werden nach LT Nr. 02 110 bezuschusst.

Bei Nachweis der regelmäßigen Durchführung der Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge wird bei Lebend- und Totgeburten der Pauschalbetrag nach LT Nr. 09 210 b) gezahlt.

Unterweisung zur Geburtsvorbereitung/ Rückbildungsgymnastik

9.5 - Aufwendungen für die Unterweisung zur Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik nach der Geburt werden für das weibliche Mitglied/ den weiblichen mitversicherten Angehörigen nach LT Nr. 09 410 bezuschusst, wenn die Behandlung von einer Hebamme/ einem Entbindungspfleger bzw. einem sonstigen Leistungserbringer für Heilmittel nach TS 5.2 durchgeführt wird.

Die Aufwendungen für die Rückbildungsgymnastik sind nur zuschussfähig, wenn sie in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen werden.

Stationäre Entbindung

9.6 - Bei Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer Entbindungsanstalt werden die Kosten wie bei stationärer Behandlung nach den Bestimmungen der Tarifstelle 8 bezuschusst.

Wegen Familien- und Haushaltshilfe siehe TS 11.

Hausentbindung/Ambulante Entbindung/ Entbindung in von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen

9.7 - Bei Hausentbindung, ambulanter Entbindung oder Entbindung in von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen werden zu den Kosten für die Hebamme oder den Entbindungspfleger sowie zur Betriebskostenpauschale für die von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen im Sinne SGB V § 134a Zuschüsse nach LT Nr. 09 410 gezahlt. Für die Erstattung der Kosten ärztlicher Leistungen, Arzneien sowie einer Hauspflegerin u.a. gelten die entsprechenden TS.

Tarifstelle 10

Sterbegeld

10.1 - Beim Tode des Mitglieds, des mitversicherten Ehegatten, des mitversicherten Kindes und bei Totgeburten wird bei Vorlage einer amtlichen Sterbeurkunde oder Bescheinigung über Totgeburt Sterbegeld nach der Leistungstafel gezahlt.

Das Sterbegeld wird als Pauschalbetrag zu den Bestattungskosten gezahlt.

Überführungskosten

10.2 - Zu den Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne werden Zuschüsse nach LT Nr. 10 711 bis zur Höhe der Aufwendungen einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes gezahlt.

Im Todesfall von Mitgliedern und deren mitversicherten Angehörigen, die ihren privaten Wohnsitz im Ausland haben oder aber anlässlich eines privaten Aufenthaltes im Ausland versterben, werden Überführungskosten nur bis zu einer Entfernung von höchstens 700 km als zuschussfähig anerkannt und bezuschusst.

Überführungskosten i.S. vorstehender Bestimmungen entstehen nur dann, wenn die Leiche oder die Urne von einer Gemeinde in eine andere Gemeinde überführt wird (Ortswechsel).

Beförderungen innerörtlicher Art, etwa vom Sterbehaus zum Friedhof oder zur Leichenhalle, sind keine Überführung in vorstehendem Sinne.

Überführungskosten in besonderen Fällen

10.3 - Ist der Tod des Mitgliedes, dessen Dienstherr das Bundeseisenbahnvermögen (BEV) ist, während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Ortes der Hauptwohnung des Verstorbenen eingetreten, werden zu den Aufwendungen der Überführung der Leiche oder Urne an den Ort der Hauptwohnung im Zeitpunkt des Todes Zuschüsse nach der LT Nr. 10 810 gezahlt.

10.4 - bleibt frei

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
10 310	Sterbegeld nach TS 10.1 beim Tode des Mitglieds bzw. des mitversicherten Ehegatten	223,00 €
10 610	Sterbegeld nach TS 10.1 beim Tode von mitversicherten Kindern und bei Totgeburten	149,00 € *)
10 711	Überführungskosten nach TS 10.2	80% aus höchstens 25% der zuschussfähigen Aufwendungen
10 810	Überführungskosten nach TS 10.3	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (Dienstherrnleistung)

*) Sofern die Friedhofsgebühren nach dem Tarif für Erwachsenenbestattungen berechnet wurden, kann Sterbegeld nach LT Nr. 10 310 gezahlt werden, wenn der entsprechende Nachweis vorgelegt wird.

Tarifstelle 11

Familien- und Haushaltshilfe, Hauspflege bei Geburten

Familien- und Haushaltshilfe bei notwendiger außerhäuslicher Unterbringung

11.1 - Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro zuschussfähig, wenn

1. das den Haushalt führende Mitglied oder ein den Haushalt führender mitversicherter Familienangehöriger wegen notwendiger außerhäuslicher Unterbringung den Haushalt nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. im Haushalt mindestens ein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind unter zwölf Jahren oder ein pflegebedürftiges Mitglied oder ein pflegebedürftiger mitversicherter Angehöriger verbleibt und
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Die Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Notwendigkeit einer Haushaltshilfe sind durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen und zu begründen.

Die entstandenen Aufwendungen sind der außerhäuslich untergebrachten Person zuzuordnen.

Eine notwendige außerhäusliche Unterbringung in vorstehendem Sinne liegt nur vor bei

- stationärer Krankenhausbehandlung, auch stationärer Entbindung,
- notwendiger auswärtiger ambulanter Behandlung die eine außerhäusliche Übernachtung erforderlich macht,
- genehmigter stationärer Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung oder Heilkur,
- stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung bei dauernder Pflegebedürftigkeit.
- Komplextherapie und integrierter Versorgung, die eine außerhäusliche Übernachtung erforderlich macht,
- stationärer Versorgung in Hospizen.

Die Voraussetzungen nach Satz 4 sind auch dann als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird. Dies gilt auch für Alleinstehende.

Familien- und Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit

11.2 - Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt worden ist, sind in der nach TS 11.1 bestimmten Höhe bis zu 28 Tagen zuschussfähig bei

1. schwerer Krankheit oder
2. akuter Verschlimmerung einer Krankheit,

insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Dies gilt auch für Alleinstehende.

Stationäre Unterbringung als Begleitperson

11.3 - Die Voraussetzungen nach TS 11.1 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird.

Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als zuschussfähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär im Krankenhaus aufgenommenen Kindes aufgenommen wird und dies nach ärztlicher Bescheinigung wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Die abweichende Regelung gilt in diesem Fall auch, wenn die Begleitperson außerhalb des Krankenhauses untergebracht ist (vgl. TS 8.5, 2. Unterabsatz).

Familien- und Haushaltshilfe im Todesfall

11.4 - Nach dem Tod der haushaltsführenden Person sind die Aufwendungen nach TS 11.1 für 6 Monate, in Ausnahmefällen für 12 Monate zuschussfähig.

Heim, fremder Haushalt

11.5 - Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Personen nach TS 11.1 Nr. 2 vorübergehend in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zur nach TS 11.1 bestimmten Höhe zuschussfähig.

Hauspflege bei Geburten

11.6 - Die Aufwendungen für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Geburten (auch bei Fehl- und Totgeburten) bei Hausentbindung oder bei ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt sind nach Tarifstelle 5 bis zur Höhe der Kosten einer Pflegefachkraft zuschussfähig, wenn nicht schon eine Leistung nach TS 5.6 erbracht wird. Der Zuschuss wird für den Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tag der Geburt, gezahlt.

Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder

11.7 - Wird die Familien- und Haushaltshilfe bzw. Hauspflege bei Geburten durch einen Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder durchgeführt, sind nur zuschussfähig:

1. Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten und
2. eine Vergütung der infolge der Familien- und Haushaltshilfe/Hauspflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte bis zur nach TS 11.1 bzw. 11.6 bestimmten Höhe.

Fahrtkosten

11.8 - Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten sind in Höhe der Reisekostenvergütung nach den §§ 3, 4 und 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes zuschussfähig.

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	11, 43
- Chemotherapie	11, 14, 22.1, 37
- psychiatrische Krankenpflege	17, 40, 41
- psychosomatische Nachsorge	22.1
- Strahlentherapie	11, 14, 22.1, 67, 72, 86
- therapeutische Anwendung radioaktiver Stoffe	86
Ambulanter Rehabilitationssport	45
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
Begleitpersonen	81, 94
Behandlungen besonderer Art	10, 13, 39
Behandlungspflege	13, 40, 41, 42, 57
Beitragsgruppen	8
Beitragsklassen	9
Belastungsgrenze	15
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, 37
---------------------	------------------

D

Dauernde Pflegebedürftigkeit	13
------------------------------------	----

E

Eigenanteile	13
Elektrotherapie	52
Empfängnisregelnde Mittel	35
Entbindung (Stationäre/ Ambulante Entbindung, Hausentbindung)	88, 93
Entseuchung	18.1
Ergotherapie	54, 55
Ernährungstherapie	55
Ersatzbeschaffung von Brillen	60
Erstattungsantrag	7
Erste Hilfe	18.1
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP).....	44, 48

F

Fahrtkosten	11
Familien- und Haushaltshilfe	
- bei notwendiger außerhäuslicher Unterbringung	93
- durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder	94
- im Todesfall	94
Fehlgeburten	89, 94
Fototrope Gläser	60
Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen	5, 23
Funktionsanalyse	54
Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen	29
Funktionstraining	45, 57

G

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	4, 7, 22, 22.1, 22.2, 23, 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, 15, 35
Häusliche Krankenpflege	39, 40
Haushaltshilfe	93, 94
Hauspflege	
- bei Geburten	94
- durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder	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	
- nicht zuschussfähige	71
- Versorgung über Vertragspartner	76
- zum Verbrauch bestimmte	71
- zuschussfähige	67
Hörhilfen/Hörgeräte	69, 77
Hospize	18
Hydrotherapie	49

I

Implantologische Leistungen	29
Inhalationen	46
Institutsambulanz.....	17
Integrierte Versorgung	17

K

Kältebehandlung	52
Kieferorthopädische Leistungen	27, 28
Kontaktlinsen	59, 61, 63-65
Komplextherapien	17
Kommunikationshilfen	45
Krankenhausbehandlung stationär	79
Krankengymnastik, Bewegungsübungen	46, 47, 48
Krebsregister	18.1
Künstliche Befruchtung	87
Kunststoffgläser	60, 61, 63-65
Kurähnliche Behandlung	10, 83
Kurzzeitpflege	39, 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)	75
Mietgebühren für Hilfsmittel	74, 78
Mineralbäder	40
Mitgliedsausweis	9
Mutterschaftsvorsorge	88
Mutter-Kind-Kur	82, 85

N

Nachträgliche Rechnungsermäßigungen	7
Nahrungsergänzung	35
Neuropsychologische Therapie	22.1
Nichtfachkräfte	41
Nicht genehmigte Rehabilitationsmaßnahmen	83

O

Organspende	18.1
-------------------	------

P

Packungen	49
Palliativversorgung	18, 45, 48
Perücken	74, 77
Pflegefälle	
- Behandlungspflege bei dauernder Unterbringung in Pflegeheimen	42
- Dauernde Pflegebedürftigkeit	13
- Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder	41
- Familien- und Haushaltshilfe	93
- häusliche Krankenpflege	41
- Hauspflege bei Geburten	94
- Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	42
- Nichtfachkraft	41
Podologie	56, 57
Preisnachlässe	7
Privatkliniken	79
Professioneller ambulanter Pflegedienst	41
Psychiatrische Institutsambulanz.....	17
Psychosomatische Grundversorgung	22
Psychosomatische Institutsambulanz.....	17
Psychotherapeutische Akutbehandlung.....	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, 66
Sondennahrung	35
Soziotherapie	45
Spende von Gewebe und Blutbestandteilen	18.1
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	18
Sportbrille	59, 63-65
Stationäre Krankenhausbehandlung	79
Stationäre Rehabilitationsmaßnahme und Anschlussheilbehandlung (AHB)	
- ohne Genehmigung des Dienstherrn	10
- vom Dienstherrn genehmigt	82
Stationäre Versorgung in Hospizen	18
Sterbegeld	91
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	53
Stoma	70, 71, 78
Strahlentherapie	11, 14, 22.1, 26, 67, 72, 86
Systemische Therapie	21

T

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

U

Überführung einer Leiche oder Urne	91
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
Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	18.1
Verträge	7, 9
Vorhänger zu Brillen	59, 60
Vorsorgemaßnahmen	5, 23, 27
Vorübergehende häusliche Krankenpflege	39

W

Wärmebehandlung	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
Zuschussfähige Aufwendungen	5
Zuschussfähige Hilfsmittel	67
Zuschusskürzung	5



**Krankenversorgung
der Bundesbahnbeamten**

Körperschaft des Öffentlichen Rechts

Richtlinien

für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren

Stand: 01.04.2021 |

Inhaltsverzeichnis

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

1. Allgemeines

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

2. Begriffsbestimmungen

2.1 Rehabilitationsmaßnahmen

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

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

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

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

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

Hinweise:

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

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

3. Bleibt frei

4. Bleibt frei

2.2 Anschlussheilbehandlung (AHB)

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

2.3 Bleibt frei

2.4 Ärztlicher Befund

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

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

2.5 Behandlung im Ausland

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

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

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

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

2.5.2 bleibt frei

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

3. Anspruchsberechtigung

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

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

4. Ausschlüsse und Leistungsbegrenzungen

4.1 Bleibt frei

4.2 Beihilfeanspruch bei einem anderen Dienstherrn als dem BEV

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

4.3 Ansprüche aufgrund von Rechtsvorschriften

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

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

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

4.4 Bleibt frei

4.5 Sperrfristen

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

5. Antrag und Genehmigung

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

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

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

5.4 Bleibt frei

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

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

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

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

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

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

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

Hinweise:

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

6. Zuschussfähigkeit der Aufwendungen

6.1 Zuschussfähige Aufwendungen bei einer Rehabilitationsmaßnahme, AHB

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

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

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

6.1.2 Zuschussfähig sind die Aufwendungen für

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

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

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

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

6.2 Zuschussfähige Aufwendungen bei einer Heilkur

Aus Anlass einer Heilkur sind zuschussfähig die Aufwendungen für

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

6.3 Zuschussfähige Aufwendungen bei Begleitperson

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

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

6.4 Zuschussfähige Aufwendungen bei Transport/Beförderung

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

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

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

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

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

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Tarifs der KVB.

Hinweise:

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

7. Bleibt frei

8. Abrechnung und Zahlung der Zuschüsse

8.1 Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung

8.1.1 Vorlage der Kosten durch die KVB

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

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

8.1.2 Vorlage der Kosten durch den Anspruchsberechtigten

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

Die KVB überweist die Tarifleistung dem Anspruchsberechtigten.

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

8.1.3 Familien- und Haushaltshilfe

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

8.2 Heilkuren

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

8.3 Verfahren

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

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

9. Entscheidung

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

10. Übergangs- und Schlussvorschrift

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

11. Inkrafttreten

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



Krankenversicherung
der Bundesbahnbeamten

Mitglied - Angaben stets erforderlich

Erstattungsantrag

Mitglieds-Nr.

/

Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten
Bezirksleitung Wuppertal
- Posteingangsstelle -
42099 Wuppertal

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung (KV)

oder

Pflegeversicherung (PV)

Folgende Angaben sind erforderlich für Personen, für die Leistungen beantragt werden

1. Bestehen Ansprüche aus gesetzlicher/privater Krankenversicherung/ anderen Rechtsvorschriften?

ja nein

Falls ja, aufgrund

	Mitglied	Ehegatte	Kind(er) Vorname(n)
<input type="checkbox"/> von Beihilferegelungen gegen einen anderen Dienstherrn als das BEV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> privater Krankenversicherung (PKV) (ausgenommen Restkostenversicherung);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Krankenversicherung (GKV);			
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sind Aufwendungen durch Unfälle, Verletzungen oder andere schädigende Ereignisse entstanden?

Betreffen vorgelegte Belege einen Unfall/eine Verletzung?

ja nein

Falls ja, Beleg(e)-Nr.: _____

Tag des Unfalls/der Verletzung: _____

Unfallfragebogen/Tatbestandsschilderung ist beigelegt wurde bereits vorgelegt

3. - bleibt frei -

4. Ehegatte - Angaben nur erforderlich, wenn Leistungen für den mitversicherten Ehegatten beantragt werden.

Der Ehegatte hatte im Vorvorkalenderjahr keine Einkünfte

Der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3, 5a EStG) des Ehegatten lag im Vorvorkalenderjahr

unter der Einkommensgrenze nach § 29a Abs. 4 der Satzung

über der Einkommensgrenze nach § 29a Abs. 4 Satzung

Der Ehegatte hat im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich keine Einkünfte

Der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3, 5a EStG) des Ehegatten wird im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich

unter der Einkommensgrenze nach § 29a Abs. 4 der Satzung

über der Einkommensgrenze nach § 29a Abs. 4 Satzung liegen

Bitte die Unterschrift auf der Rückseite nicht vergessen!



5. Änderung personenbezogener Daten (falls zutreffend):

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

6. Aufwendungen bei Krankheit oder Pflege (Bitte die Dokumente entsprechend nummerieren.)

Beleg-Nr.	Leistungen für Mitglied = M Ehegatte = E Kinder = Vorname (n)	Rechnungsbetrag	
		EUR	Ct

Beleg-Nr.	Leistungen für Mitglied = M Ehegatte = E Kinder = Vorname (n)	Rechnungsbetrag	
		EUR	Ct

7. Zusätzliche Angaben bei

7.1 - stationärer Krankenhausbehandlung, wenn Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden

Eine Bezuschussung von Wahlleistungen kann ohne vorliegende Wahlleistungsvereinbarung nicht erfolgen!

Die Wahlleistungsvereinbarung ist beigelegt wurde bereits vorgelegt

7.2 - Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen, Reparaturen)

Beleg-Nr.	Erstmalige Beschaffung		Beschaffungsdatum		Grund der Ersatzbeschaffung	Tönung	
	ja	nein	bisherige Sehhilfe	neue Sehhilfe		ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Haushaltshilfe 1) Mutterschaftsvorsorge 2) Wochenhilfe 3) Sterbegeld 4) Überführungskosten

- 1) Bitte gesondertes Formblatt beifügen 2) Bitte Geburtsurkunde beifügen
 3) Bitte Sterbeurkunde beifügen 4) Bitte Rechnung beifügen

Ich bestätige ausdrücklich die Richtigkeit der Angaben.

Mir ist bekannt, dass

- die vorgelegten Unterlagen nicht mehr zurückgeschickt, sondern nach einer bestimmten Zeit vernichtet werden;
- ich nachträgliche Rechnungsermächtigungen oder Preisnachlässe der KVB-Bezirksleitung anzuzeigen habe.

Ich willige ein, dass die KVB die in diesem Antrag einschließlich der Belege enthaltenen besonderen personenbezogenen Daten nur zur Berechnung und Zahlung verarbeitet und nutzt. **Außerdem bin ich damit einverstanden,** dass ein autorisierter und zur Einhaltung der beamten- und datenschutzrechtlichen Vorschriften verpflichteter Auftragnehmer die KVB bei der Datenverarbeitung unterstützt.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der / des Bevollmächtigten)





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

Gültig vom 1. Januar 2019 an

Bogomoletzserum

seit
01.01.02

Bei dieser Therapie handelt es sich um eine besondere Form der **Kombinierten Serumtherapie**.

Bruchheilung ohne Operation

seit
01.01.02

Nach Beurteilung der zuständigen medizinischen Fachgesellschaft ist die Bruchbehandlung von Weichteilbrüchen ohne Operation (z.B. durch Injektionen) nicht ungefährlich und führt nicht zu einer endgültigen Bruchheilung.

C

Chelattherapie

seit
01.01.19

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung einer Schwermetallvergiftung.

Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

Siehe **Visusverbessernde Maßnahmen**

Clustermedizin

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

Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen

seit
01.04.95

Mit dieser in den USA entwickelten Methode soll durch eine schmerzlose und sanfte Spülung des Dickdarms eine schonende Darmreinigung und dadurch eine Anregung herbeigeführt werden.

**Computergestützte mechanische Distaktionsverfahren,
zur nichtoperativen segmentalen Distraction an der Wirbelsäule**
(z.B. SpineMED-Verfahren, DRX 9000, Accu-SPINA)

seit
01.06.17

Durch die Dehnung des Wirbelzwischenraums entsteht in diesem Bereich ein Unterdruck (Dekompression). Dieser sorgt dafür, dass sich „verrutschtes“ Bandscheibengewebe zurückziehen kann (Repositionierung) und der Prozess der Rehydrierung (Zufuhr von Flüssigkeit, Sauerstoff und Nährstoffen) stimuliert wird.

Im Gegensatz zu herkömmlichen Extensionsverfahren sollen die natürliche Abwehrspannung in der Wirbelsäule, die durch die Dehnung entsteht, unterdrückt und Muskelverkrampfungen verhindert werden.

Der wissenschaftliche Nachweis, dass man mit dieser Methode eine segmentale Wirkung am Ort der Erkrankung erzielen kann, konnte bisher nicht erbracht werden.

**Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach
einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung**

seit
01.01.11

Durch gezielte, wiederholte Stimulation der Nervenzellen in der Umgebung des zerstörten Hirngewebes sollen benachbarte intakte Nervenzellen teilweise ausgefallene Funktionen übernehmen.

Cytotoxologische Lebensmitteltests

seit
01.04.90

Dieses Verfahren beruht darauf, mikroskopisch Veränderungen an den Blutzellen auszuwerten, um Rückschlüsse auf mögliche Allergien zu ziehen.

D

Darmspülung

Siehe **Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen.**

Decoderdermographie

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

Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen

seit
01.10.98

Bei der Extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) unterscheidet man zwischen der radialen ESWT und der fokussierten ESWT. Bei der Trigger-Stoßwellen-Therapie (TST) handelt es sich um eine besondere Form der ESWT zur Behandlung von Schmerzen die von verkürzten, verhärteten Muskelfasern, sog. „Triggern“, verursacht werden.

Vorgenannte Verfahren sind grundsätzlich nicht zuschussfähig.

Ausnahmsweise sind Aufwendungen bei folgenden Indikationen zuschussfähig, wenn es sich um eine fokussierte ESWT handelt

- a) Tendinosis calcarea (Sehnenverkalkung)
- b) Insertionstendopathien am Ellenbogen (Tennis-/Golferellenbogen)
- c) Faszitis plantaris (Fersenschmerz)
- d) Pseudarthrosen (nicht heilende Knochenbrüche)
- e) therapierefraktäre Achillodynie (therapieresistenten Achillessehnenentzündung)

Auf Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ Nr. A 1800 zuschussfähig. Daneben sind keine Zuschläge zuschussfähig.

F

Feedback-Injektions-Therapie

seit
01.01.02

Bei der Methode nach Dr. Desnizza werden unter Zuhilfenahme des Nervensystems partiell Diagnosen erstellt, verifiziert und dann die betreffende Krankheit ebenso über die Nerven therapiert.

Das Verfahren dient vorwiegend der Beseitigung von Schmerzsymptomen, nicht aber der Heilung der ursächlichen Krankheit.

Frischdrüsenbehandlung, z.B. nach Zajicek

seit
01.01.02

Bei dieser Behandlung werden Säfte aus Drüsen, und zwar in erster Linie aus Keimdrüsen frisch geschlachteter Tiere, über Salben als Träger in die Haut eingerieben.

Frischzellentherapie

seit
01.01.02

Die Frischzellentherapie (**syn. Zellular-Therapie**) ist ein umstrittenes komplementärmedizinisches Verfahren zur Steigerung der körpereigenen Immunabwehr und teilweise auch im Rahmen von Anti-Aging-Therapien. Es wurde 1931 von dem Genfer Arzt und Sanatoriumsdirektor Paul Niehans (1882 - 1971) eingeführt.

Mit dieser Therapie sollen geschädigte oder verbrauchte Zellen durch frische Zellen ungeborener bzw. ganz junger Tiere angeregt und regeneriert werden.

Ganzheitsbehandlung auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage seit
(z.B. Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektro-Akupunktur nach Dr. Voll, 01.01.02
Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der bioelektrischen Funk-
tionsdiagnostik (BFD), Mora-Therapie)

Die **Bioresonanztherapie** (BRT) ist eine Methode der Alternativmedizin. Alternative Bezeichnungen sind z.B. Mora-Therapie, biophysikalische Informationstherapie oder Multiresonanztherapie.

Ähnlich einem EKG werden bei der **Decoder-Dermographie** in einer Zweistufen-Messung bestimmte Kurven aufgezeichnet. Hiermit soll ermöglicht werden, das Regulationsverhalten des Organismus zu demonstrieren.

Die **Elektroakupunktur nach Voll (EAV)** ist ein Verfahren, das zur Diagnose und Therapie die Grundlagen der chinesischen Akupunktur mit der modernen Elektronik verbindet. An verschiedenen Akupunkturpunkten wird der elektrische Hautwiderstand zu einem Bezugspunkt gemessen. Diese Widerstandsmessung soll Aufschluss über Störungen im Körper liefern.

Elektronische Systemdiagnostik - Überbegriff für verschiedene elektrische Diagnoseverfahren z.B. EAV und BFD.

Die **Bioelektrische Funktionsdiagnostik (BFD)** ist eine Weiterentwicklung der EAV. Der Einfluss verschiedener Medikamente wird in die Untersuchung einbezogen.

Bei der **Mora-Therapie** werden elektromagnetische Impulse auf der Hautoberfläche, besonders im Bereich der Akupunkturpunkte, mit Elektroden abgegriffen und nach ihrer Verarbeitung in dem MORA- Bicom- bzw. Multicom-Gerät an den Patienten zurückgegeben. Die zugehörige Diagnostik basiert auf der Elektro-Akupunktur nach Dr. Voll.

Es werden elektrische Hautwiderstände gemessen und deren Ergebnisse als Regulationsgeschehen im Körper angesehen. Man glaubt, das gestörte Regulationsgeschehen im Körper beeinflussen zu können.

Innerhalb der Mora-Therapie wird auch die Mora-Color-Therapie zur Behandlung von Allergien angewandt.

Gasinsufflationen seit
01.01.02

Es handelt sich um intravenöse, intraarterielle, intraartikuläre und rektale Einblasungen von Gasen (z. B. Sauerstoff, Ozon). Diese Methoden werden ohne Blutentnahme durchgeführt (z.B. Methode nach Dr. Regelsberger und deren Modifikationen).

Ausnahmen sind nur möglich bei Behandlung von arteriellen Verschlusskrankheiten. In diesen Fällen haben die Mitglieder vorher die Genehmigung der Bezirksleitung einzuholen.

Gefrierzellentherapie

Synonym für **Trockenzellentherapie**.

Gegensensibilisierung mit zytoplasmatischer Behandlung nach Theurer

Siehe Behandlung mit Autovakzinen.

Gesichtsfeldtraining

Siehe Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung

Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität seit 01.01.02

Diese Behandlungsmethode ist nach Auskunft der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde sowie der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin nicht als wissenschaftlich allgemein anerkannt anzusehen.

H

Haar-(Mineral-) Analyse

seit
01.01.02

Die Haar-Analyse ist ein diagnostisches Verfahren, bei dem versucht wird, den Mangel oder Überschuss bestimmter Spurenelemente (Mineralien) durch Analyse der Haare (Kopfhaare) nachzuweisen.

Hämatogene Oxydationstherapie

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

Heileurhythmie

seit
01.01.02

Die Heileurhythmie soll die medizinische Behandlung durch den Arzt unterstützen. Sie wird als Bewegungstherapie bei Erkrankungen der inneren Organe, des Bewegungsapparates, der Augen und Ohren, bei entwicklungsgehemmten Kindern, bei Sprachstörungen und Schlaflosigkeit, zur Prophylaxe sowie während der Rekonvaleszenz angewendet.

Die Heileurhythmie ist ein Behandlungsverfahren, das in keiner Weise mit Krankengymnastik vergleichbar ist und unter Aufsicht von Kursleiterinnen und -leitern durchgeführt wird, welche über keinerlei medizinische Ausbildung verfügen.

Herd- und Medikamententest

seit
01.01.02

Der Herdtest und der Medikamententest werden meistens in Verbindung mit Akupunktur bzw. Elektroakupunktur angewandt.

Beim **Herdtest** soll zum Zwecke einer genauen Diagnose die Krankheitsursache lokalisiert werden.

Der **Medikamententest** wird zur Überprüfung der Wirkungsweise der verabreichten Präparate - meist homöopathische Mittel - durchgeführt. Hierdurch soll eine möglichst optimale Therapie erreicht werden.

Bei beiden Tests sind komplizierte Messungen an den sog. Akupunkturpunkten erforderlich.

Dem Herd- und Medikamententest zuzuordnen sind auch die **Kirlian-Fotografie** bzw. die **energetische Terminalpunkt-Diagnose (ETD)**.

Hippotherapie

Synonym für **Therapeutisches Reiten**.

Hochfrequenzbestrahlung nach Dr. Nuhr

Siehe **Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr**.

Höhenflüge zur Keuchhusten- und Asthma-Behandlung

seit
01.01.02

Höhenflüge als Therapie bei Keuchhusten und Asthma sind als Heilmaßnahmen zur Wiedererlangung der Gesundheit wissenschaftlich nicht anerkannt.

Hörtraining nach Dr. Volf

Siehe **Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie**.

Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie

seit
01.04.21

Für die Festlegung eines Anwendungsbereiches für die Implantation von Hornhaut zur Korrektur der Fehlsichtigkeit liegen laut Empfehlung der Kommission Refraktive Chirurgie (KRC-Empfehlung) derzeit noch keine ausreichenden Daten vor. Das Verfahren ist deshalb als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode zu werten.

Hornhaut-Operation

Siehe Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung.

Hyperbare Sauerstofftherapie (Sauerstofftherapie in der Überdruckkammer)

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

Hyperthermie

seit
01.01.13

Die Hyperthermie ist eine Methode zur gezielten Überwärmung von Tumoren mittels elektromagnetischer Wellen.

Aufwendungen sind nur zuschussfähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.

(siehe auch www.hyperthermie.org).

I

Immuno-augmentative Therapie (IAT)

seit
01.01.02

Immunverstärkung bei Krebs und anderen immunologisch bedingten Krankheiten. Bei diesem Verfahren werden so genannte Tumor-Antikörper aus dem Serum gesunder Personen gewonnen, Tumor-Komplementfaktoren aus dem Serum krebskranker Patienten und antiblockierte Proteinfaktoren aus dem Serum Gesunder. Diese Faktoren werden für jeden Patienten in einem bestimmten computergesteuerten Verhältnis „zubereitet“ und verabfolgt.

Impulsgalvanisationsbehandlung nach Dr. Nuhr

seit
01.03.84

Dieses Verfahren nach Dr. Nuhr ist überholt und durch wirksamere wissenschaftlich anerkannte Verfahren ersetzt. Anstelle des nicht wissenschaftlich anerkannten galvanischen Gleichstroms wird heute die Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) - GOÄ 551 - als entsprechend anerkannte Therapie durchgeführt.

Injektions-Therapie

Siehe Feedback-Injektions-Therapie.

Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nicht-ionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme seit 01.10.97

(z.B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)

Bei der „**Isobaren Inhalationstherapie**“ wird Sauerstoff/Ozon innerhalb der normalen Luftdruckverhältnisse bis 760 mmHg eingeatmet.

Bei der „**Hyperbaren Inhalationstherapie**“ wird Sauerstoff/Ozon in einer Druckkammer eingeatmet.

Ausnahmen sind nur möglich bei Behandlung von:

- a) akuter Kohlenmonoxydvergiftung,
- b) Gasgangrän,
- c) Chron. Knocheninfektion,
- d) Septikämien,
- e) schweren Verbrennungen,
- f) Gas- oder Luftembolien,
- g) peripherer Ischiämie,
- h) Tinnitusleiden, verbunden mit Perzeptionsstörungen des Innenohrs.
- i) diabetisches Fußsyndrom ab Wagner Stadium II

Die **Hämatogene Oxydationstherapie (HOT)** wurde von dem Schweizer Arzt Dr. med. Wehrli entwickelt. Bei diesem Behandlungsverfahren wird dem Körper entnommenes Blut mit Sauerstoff angereichert und nach gleichzeitiger Bestrahlung mit ultraviolettem Licht wieder in die Vene zurückgeleitet. Die Behandlung wird in der Regel drei- bis fünfmal wiederholt, und zwar in Abständen von zwei bis drei Wochen.

Die Hämatogene Oxydationstherapie wird fälschlich oft als Blutwäsche bezeichnet und ist nicht zu verwechseln mit der Blutwäsche mit Hilfe der „künstlichen Niere“.

Ausnahmen sind nur möglich bei Behandlung von peripheren Durchblutungsstörungen mit Hypoxie des Gewebes nach Versagen der üblichen erprobten Behandlungsverfahren.

In diesen Fällen haben die Mitglieder vorher die Genehmigung der Bezirksleitung einzuholen.

Bei der **Sauerstoff-Darmsanierung** handelt es sich um einen Einlauf; durch ein weiches Plastikrohr wird körperwarmes Wasser mit geringem Druck in den Darm geleitet. Innerhalb von 45 Minuten durchspülen 60 Liter den Dickdarm des Patienten, der gleichzeitig eine Massage der Bauchdecke erfährt. In den letzten 15 Minuten der Behandlung wird das Wasser mit reinem Sauerstoff angereichert. Durch diese Behandlung soll eine gesunde Darmflora geschaffen werden.

Sie kommt u.a. bei folgenden Erkrankungen zum Einsatz:

Rheuma, Kopfschmerzen, unreine Haut, Abwehrschwäche, vorbeugend gegen Darmkrebs.

Die **Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie** nach Prof. Manfred von Ardenne soll die Wiederanhebung des altersbedingt abgesunkenen arteriellen Sauerstoffpartialdrucks und somit einen Regenerationsprozess des degenerierten Lunge-Herzsystems bewirken.

Neurotopische Diagnostik und Therapie

Siehe **Feedback-Injektions-Therapie.**

O

Organsuspensionen

Siehe **Behandlung mit Organsuspensionen.**

Orthokin-Therapie

**seit
01.01.02**

Die Orthokin-Therapie dient zur Behandlung von Arthrose und Wirbelsäulenerkrankungen. Dabei wird mit einer Spezialspritze (EOT) Blut entnommen, aufbereitet und intraartikulär wieder verabreicht.

Siehe auch **Modifizierte Eigenblutbehandlung.**
Siehe auch **Autohomologe Immuntherapie.**

**Osmotische Entwässerungstherapie
(z.B. epidurales Injektionsverfahren nach Racz)**

**seit
01.06.08**

Bei dieser Therapie wird Gewebe mit einer Kochsalzlösung umspült. Durch die osmotische Wirkung der Kochsalzlösung soll das Gewebe entwässert werden.

Otosanbehandlung nach Dr. Nuhr

Siehe **Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr.**

Ozonbeutel

**seit
01.01.02**

Die lokale Ozonbehandlung mit Ozonbeuteln wird in der Naturheilkunde bei bestimmten Erkrankungen empfohlen, eine Wirksamkeit dieser Therapie ist bisher nicht nachgewiesen.

Ozontherapie

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

P

Photodynamische Therapie in der Parodontologie

**seit
01.06.17**

Allgemein versteht man unter der Photodynamischen Therapie die lichtinduzierte Inaktivierung von Zellen, Mikroorganismen und Keimen. In der Zahnmedizin ist sie als minimal-invasive, oberflächenorientierte Therapie mit dem Hauptangriffsziel gegen pathogene Mikroorganismen weiterentwickelt worden, die Biofilme auf oralen Geweben, auf Zahnoberflächen, in Zahnfleischtaschen, auf Wundflächen und auf Implantaten bilden.

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie kamen zu dem Ergebnis, dass eine evidenzbasierte Bewertung der antimikrobiellen Therapie zur Behandlung der Parodontitis derzeit nicht möglich ist.

Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne

Siehe **Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie.**

Pulsierende Signaltherapie (PST)

**seit
01.10.98**

Das betroffene Gelenk der Arthrosen- oder Rheumapatienten wird in einer Luftspule gelagert, die ein elektromagnetisches Feld erzeugt. Dabei soll die Übermittlung pulsender Signale mit biologischer Frequenz eine Autoregeneration von Knorpel und Bindegewebe bewirken.

R

Radiale Stoßwellentherapie (r-ESWT)

**seit
01.01.19**

Aufwendungen sind nur zuschussfähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis oder einer therapierefraktären Fasciitis plantaris. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach GOÄ Nr. 302 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte zuschussfähig. Zuschläge sind nicht zuschussfähig.

Regeneresen-Therapie

**seit
01.01.02**

Die Regeneresen-Therapie ist ein Begriff aus dem Umfeld der Komplementärmedizin. Für diese Therapie werden die Ribonukleinsäuren aus embryonalen tierischen Zellen oder Jungtierzellen gewonnen und als Injektion verabreicht. Die Behandlung ist der Zelltherapie zuzuordnen.

Thymustherapie, Behandlung mit Thymuspräparaten (z.B. THX)

seit
01.01.02

Die Behandlung mit Thymusextrakt von Kälbern ist grundsätzlich nicht erstattungsfähig. Ausnahmen sind nur möglich, wenn es sich um eine das Leben unmittelbar bedrohende bösartige Erkrankung handelt, bei der alle üblichen Behandlungsmethoden nach erschöpfender Anwendung keinen Erfolg gebracht haben und die Behandlung mit Thymusextrakt (THX) einen letzten Versuch darstellt, eine Wendung im Krankheitsverlauf herbeizuführen.

In diesem Fall haben die Mitglieder vorher die Genehmigung der Bezirksleitung einzuholen.

Tonmodulierte Verfahren

Siehe **Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie.**

**Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie
(z. B. SAVIR-Verfahren)**

seit
01.01.19

Aufwendungen des SAVIR-Verfahrens und ähnlicher auf diesem Prinzip beruhender Verfahren (Grundlage ist die Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und dem Berufsverband der Augenärzte) sind auf Grund fehlender wissenschaftlicher Evidenz nicht erstattungsfähig.

Transzendente Meditation (TM)

Die Bewegung der Transzendentalen Meditation (TM) bietet **Ayurvedische Behandlungen, z.B. nach Maharishi** an.

Trigger-Stoßwellen-Therapie (TST)

seit
01.10.98

Siehe **Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen.**

Trockenzellentherapie

seit
01.01.02

Bei dieser Therapie werden Zellen tierischer Organe schonend gefriergetrocknet (lyophilisiert). Die so gewonnenen Zellpräparate werden vor der Injektion mit einer Injektionsflüssigkeit suspensiert. Die Therapie soll das Immunsystem und die inneren Organe stärken.

Synonym für **Gefrierzellentherapie**.

U

Umschaltung/Umstimmungsbehandlung

Siehe **Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität.**

V

Vegetative Umstimmungsbehandlung/Gesamtumschaltung

Siehe **Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität.**

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

seit
01.01.02

Sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z.B. ***Clustermedizin***).

Siehe auch **Modifizierte Eigenblutbehandlung.**

Visusverbessernde Maßnahmen

seit
01.04.21

Aufwendungen für visusverbessernde Maßnahmen sind in den nachfolgenden Fällen nur dann zuschussfähig, wenn die Bezirksleitung den Maßnahmen vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat.

a) Austausch natürlicher Linsen

Bei einer reinen visusverbessernde Operation sind Aufwendungen nur zuschussfähig, wenn der Austausch die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen. Die Aufwendungen für die Linsen sind dabei nur bis zur Höhe der Kosten einer Monofokallinse, höchstens bis zu 270 Euro pro Linse zuschussfähig.

Satz 2 gilt auch für Linsen einer Kataraktoperation

b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

Aufwendungen sind nur zuschussfähig, wenn eine Korrektur durch eine Brille oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.

c) Implantation einer additiven Linse, auch einer Add-on-Intraokularlinse

Aufwendungen sind nur zuschussfähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

d) Implantation einer phaken Intraokularlinse

Aufwendungen sind nur zuschussfähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

vitOrgan-Therapie

seit
01.01.02

*Bei dieser Therapie handelt es sich um eine besondere Form der **Kombinierten Serumtherapie**.*

W

Wiedemann-Kur

seit
01.01.02

*Bei dieser Therapie handelt es sich um eine besondere Form der **Kombinierten Serumtherapie**.*

Z

Zellmilieu-Therapie

**seit
01.01.02**

Die Zellmilieu-Therapie basiert auf der Hypothese, dass bei einer Reihe von Erkrankungen ein Mangel an Zellbausteinen besteht und durch deren Substitution wirksam behandelt werden kann. Da es aber bisher keine wissenschaftliche Studie gibt, die belegen könnte, dass diese therapeutische Vorgehensweise eine nachweisliche Befundverbesserung irgendwelcher Beschwerden mit sich gebracht hätte, muss ihre Wirksamkeit als nicht hinreichend nachgewiesen angesehen werden.

Zellulartherapie

Synonym für **Frischzellentherapie**.

Zytoplasmatische Therapie (z.B. nach Theurer)

Siehe **Behandlung mit Autovakzinen**.

Informationsblätter

S - Satzung

- S 1 - Informationen zur Doppelversicherung
- S 2 - Informationen zur Mitversicherung von Kindern während des Studiums
- S 3 - Informationen zu Opfern von Gewalttaten
- S 4 - Informationen zu Unfällen und Verletzungen
- S 5 - Informationen zur Mitteilung von Änderungen in den persönlichen Verhältnissen
- S 6 - Informationen zu Leistungen für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften

T - Tarif

Tarifstelle 1

- T 1.1 - Informationen zur Vorlage von Erstattungsanträgen
- T 1.2 - Informationen zu Behandlungen im Ausland
- T 1.3 - Informationen zu Fahrtkosten
- T 1.4 - Informationen zur Härtefallregelung
- T 1.5 - Informationen zu Leistungen bei spezialisierter Palliativversorgung und stationärer Hospizpflege

Tarifstelle 2

- T 2.1 - Informationen zur Bezuschussung ambulanter ärztlicher Behandlung
- T 2.2 - Informationen zu Schutzimpfungen
- T 2.3 - Informationen zu Psychotherapie
- T 2.4 - Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen

Tarifstelle 3

- T 3.1 - Informationen zu Zahn- und Mundbehandlung; Zahnersatz

Tarifstelle 4

- T 4.1 - Informationen zu Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)
- T 4.2 - Information zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln

Tarifstelle 5

- T 5.1 - Informationen zu ambulantem Rehabilitationssport

Tarifstelle 7

- T 7.1 - Informationen zur Hilfsmittelversorgung über Vertragspartner der KVB

Tarifstelle 8

- T 8.1 - Informationen zur Krankenhausbehandlung
- T 8.2 - Informationen zu Rehabilitations- und kurähnlichen Maßnahmen
- T 8.3 - Informationen zu Mutter/Vater-Kind-Kuren und familienorientierten Rehabilitationsmaßnahmen

Tarifstelle 10

- T 10.1 - Informationen zu Sterbegeld

Tarifstelle 11

- T 11.1 - Informationen zu den Aufwendungen für Familien-, Haushaltshilfe und Hauspflege bei Geburten nach Tarifstelle 11

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

oder im Internet unter: www.kvb.bund.de

Für telefonische Rückfragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei den Bezirksleitungen der KVB montags bis donnerstags in der Zeit von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr und freitags in der Zeit von 8.00 Uhr bis 14.00 Uhr gerne zur Verfügung.

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. 2 a)
 - **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 **20.000 €** (Stand ab 01.01.21) 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. 2 a)

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 Fahrtkosten (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

Informationen zur Mitversicherung von Kindern während des Studiums



Voraussetzungen:

Gemäß § 5 Abs. 9 des Sozialgesetzbuch (SGB V) unterliegen Studentinnen/Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Fachhochschulen/Hochschulen eingeschrieben sind, der gesetzlichen Versicherungspflicht.

Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können sich die Studierenden auf Antrag befreien lassen. Die Befreiung setzt den Nachweis einer privaten Versicherung nicht voraus.

Der Antrag auf Befreiung ist unwiderruflich. Er ist innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei einer GKV zu stellen. Der/die Studierende erhält von der GKV eine Versicherungsbescheinigung über die Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht. Diese Bescheinigung gilt für die gesamte Zeit des Studiums und ist der Hochschule bei der Einschreibung und bei jeder Rückmeldung vorzulegen.

Für die Mitversicherung nach § 23 Abs. 1 der Satzung der KVB gilt als **Voraussetzung** die Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag des KVB-Mitglieds. Der kinderbezogene Anteil des Familienzuschlages wird grundsätzlich nur noch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bzw. darüber hinaus für die Zeiten

- eines geleisteten freiwilligen Wehrdienstes nach § 58b des Soldatengesetzes,
- eines geleisteten Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetzes oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder eines vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienstes,
- einer Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes,

möglich, wenn dadurch die Ausbildung unterbrochen oder verzögert worden ist, jedoch höchstens für zwölf Monate.

Möglichkeiten

Es bestehen für die in der KVB mitversicherten studierenden Kinder zurzeit folgende Möglichkeiten:

- Abschluss einer eigenständigen Mitgliedschaft in einer GKV. Der Beitrag für die studentische Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung wird vom Bundesministerium für Gesundheit einheitlich für alle gesetzlichen Krankenkassen gleich hoch festgelegt. Er beträgt (Stand WS 2020/21) für die Krankenversicherung monatlich 76,85 € (ohne Zusatzbeitrag) und in der Pflegeversicherung 22,94 € bzw. 24,82 € (für Kinderlose ab 23 Jahren). Bitte beachten Sie, dass verschiedene gesetzliche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag auch für Studierende erheben. Je nach Wahl der Kasse erhöht sich dadurch der Beitrag für die Krankenversicherung.

Bei Abschluss einer eigenständigen Mitgliedschaft in einer GKV ist das Kind gem. § 29 Abs. 14 der Satzung der KVB doppelversichert. Die Leistungen der GKV sind zuerst in Anspruch zu nehmen. Die KVB leistet im Rahmen der Satzung und des Tarifs Zuschüsse zu den Kosten, die von der GKV nicht übernommen werden.

- Abschluss einer eigenständigen Versicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen. Das Versicherungsverhältnis ist der Bezirksleitung durch Übersendung einer Kopie der Versicherungspolice anzuzeigen.
Auch hier besteht eine Doppelversicherung. Die Leistungen der privaten Versicherung müssen zuerst in Anspruch genommen werden. Bei Vorleistung der privaten Versicherung können auch hier etwaige verbleibende Restkosten im Rahmen des Tarifs bezuschusst werden.

- Abschluss einer Restkostenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen für das mitversicherte studierende Kind.
In diesen Fällen leistet die KVB die tarifgemäßen Zuschüsse. Die Restkosten bzw. der Eigenbehalt können bei der Restkostenversicherung geltend gemacht werden. Als Restkostenversicherung im Sinne der Satzung gelten nur diejenigen Versicherungen, welche die Vorleistung der KVB als Hauptversicherung voraussetzen, die Vorlage der Erstattungsmitteilung fordern und sicherstellen, dass die Abdeckung der verbleibenden Eigenbehalte die Höhe des Rechnungsbetrages nicht übersteigt. Dabei ist darauf zu achten, dass der gewählte Tarif bei Wegfall der Beihilfeleistungen (Ende der Mitversicherung bei der KVB) eine Option auf eine Umstellung in eine Vollkostenversicherung enthält.

Nicht zu den Restkostenversicherungen zählen private Krankenversicherungen, die vertraglich die Erstattung eines festgelegten Prozentsatzes (z.B. 20%) der krankheitsbedingten Aufwendungen garantieren (sog. Quotenversicherungen). Versicherungsverträge dieser Art stellen nicht sicher, dass dem in § 29 Abs. 16 der KVB-Satzung festgelegten Grundsatz Rechnung getragen wird, dass zusammen mit der Versicherungsleistung und der Erstattung der KVB nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Aufwendungen (max. Rechnungsbeträge) erstattet werden dürfen. Die Leistungen dieser privaten Quotenversicherungen müssen daher, wie auch die o.g. genannten privaten Vollversicherungen, zuerst in Anspruch genommen werden.

- Als Familienversicherte in einer GKV (unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 25. Lebensjahr möglich).
Hier besteht auch eine Doppelversicherung. Die Leistungen der anderen Kasse müssen nicht vorrangig in Anspruch genommen werden. Bei vorrangiger Inanspruchnahme der anderen Kasse leistet die KVB im Rahmen des Tarifs Zuschüsse zu den Kosten, die von der GKV nicht übernommen wurden.

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

Informationen zu Leistungen für mitversicherte Ehegattinnen / Ehegatten oder eingetragene Lebenspartnerinnen / Lebenspartner mit eigenen Einkünften



Allgemeines

Die Rechtsgrundlage für Leistungen für mitversicherte Ehegattinnen / Ehegatten oder eingetragene Lebenspartnerinnen / Lebenspartner mit eigenen Einkünften bilden die Bestimmungen der §§ 28 und 29a der Satzung. Insbesondere zu beachten ist die maßgebliche Einkommensgrenze nach § 29a Abs. 4 der Satzung.

Der jeweils gültige Betrag kann dem besonderen Informationsblatt auf Seite 54 der Satzung der KVB entnommen werden. Beachten Sie hierzu bitte auch die Hinweise auf der Webseite der KVB bzw. im Menü der „KVB ServiceApp“.

Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes - EStG-) mitversicherter Ehegattinnen / Ehegatten, eingetragener Lebenspartnerinnen / Lebenspartner unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 2 Abs. 5a EStG im Vorvorkalenderjahr vor Stellung des Erstattungsantrages die maßgebliche Einkommensgrenze nach § 29a Abs. 4 der Satzung, so wird nach § 29a Abs. 1 der Satzung nur der aus Beitragsmitteln gedeckte Anteil der jeweiligen Tarifleistung ausgezahlt.

Das gilt nicht, wenn

1. die Ehegattin / der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin / der Lebenspartner 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 Fall insoweit zunächst unter Vorbehalt gezahlt.

Die Einkünfte nach § 29a Abs. 1 der Satzung 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 EStG.

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 Bestimmungen des Steuerrechts maßgebend.

Hinweise zum Einkommensteuergesetz

- § 22 EStG – Arten der sonstigen Einkünfte

Zu den sonstigen Einkünften gehören bei vorliegenden Voraussetzungen nach den Bestimmungen des EStG auch

- Leibrenten,
- Leistungen, aus den gesetzlichen Rentenversicherungen, der landwirtschaftlichen Alterskasse, den berufsständischen Versorgungseinrichtungen,
- Leistungen aus Rentenversicherungen, die aufgrund von Beiträgen eines Steuerpflichtigen zum Aufbau einer eigenen kapitalgedeckten Altersversorgung oder für seine Absicherung gegen den Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit erbracht wurden,

soweit sie jeweils der Besteuerung unterliegen.

- § 2 Abs. 5a EStG – Umfang der Besteuerung, Begriffsbestimmungen

Knüpfen außersteuerliche Rechtsnormen, hier die Satzung der KVB, an den Gesamtbetrag der Einkünfte an, erhöht sich dieser Betrag um die Einkünfte, die vom Gesamtbetrag der Einkünfte nicht erfasst werden. Dies sind zum Beispiel Einkünfte aus Kapitalvermögen, soweit diese über den gesonderten Steuertarif (Abgeltungssteuer) versteuert wurden.

Zahlung des Zuschlags zum Beitrag nach § 28 Abs. 2 f) der Satzung

Nach § 28 Abs. 2 f) der Satzung zahlen Mitglieder einen Zuschlag zu den Beiträgen in Fällen des § 29a Abs. 1 Ziffer 2 der Satzung, soweit dieser nicht bereits nach vorstehenden Buchstaben a) bis d) entrichtet wird.

Der Zuschlag dient der Abgeltung des fehlenden Fürsorgeanspruchs gegen das Bundeseisenbahnvermögen (BEV). Er wird vom BEV jährlich im Voraus festgesetzt und von der KVB für das BEV eingezogen.

Auf Antrag des Mitglieds wird auf die Zahlung des Zuschlags verzichtet (vgl. aber § 29 Abs. 15 der Satzung).

Beantragen Sie, auf die Zahlung des Zuschlags zum Beitrag zu verzichten, erhalten Sie zu den zuschussfähigen Aufwendungen nur den beitragsbezogenen Anteil der jeweiligen Tarifleistung gezahlt.

Beachten Sie bitte, dass ein für das Kalenderjahr beantragter und bestätigter Verzicht für dieses Kalenderjahr bindend ist und nicht mehr zurückgenommen werden kann.

Erklärung zu den Einkünften im laufenden Jahr nach § 29a Abs. 1 Nr. 3 der Satzung

Insoweit Sie für das laufende Jahr, aufgrund der zu erwartenden Einkommensverhältnisse Ihrer Ehegattin / Ihres Ehegatten, Ihrer eingetragenen Lebenspartnerin / Ihres Lebenspartners, berechtigt davon ausgehen können, dass **die maßgebliche Einkommensgrenze** nach § 29 a Abs. 4 der Satzung **nicht überschritten** wird, können Sie eine entsprechende Erklärung nach § 29a Nr. 3 abgeben. Sie erhalten dann zunächst die Tarifleistung ungekürzt unter dem Vorbehalt der Rückforderung.

Kann diese Erklärung, dass die maßgebende Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr nicht überschritten wird, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres bestätigt werden, verbleibt Ihnen der zunächst unter Vorbehalt gezahlte Anteil der Tarifleistung insoweit ungekürzt. Der Nachweis ist durch die unaufgeforderte Vorlage des Einkommensteuerbescheides oder vergleichbar aussagekräftiger Unterlagen zu erbringen.

Kann **die vorgenannte Erklärung** zu Beginn des folgenden Kalenderjahres **nicht bestätigt werden**, ist der zunächst unter Vorbehalt gezahlte Anteil der Tarifleistung an die KVB zurückzuzahlen oder für das gesamte Jahr der Zuschlag zum Beitrag nach § 28 Abs. 2 f) der Satzung nachzuzahlen.

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

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zu Behandlungen im Ausland

Allgemeines

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

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

Leistungen der KVB

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

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

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

KVB-Mitgliedsausweis, Auslandskrankenschein

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

Es werden daher keine Auslandskrankenscheine, Berechtigungsscheine usw. ausgegeben.

Schutzimpfungen

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

Krankenhausbehandlung

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

Behandlungen besonderer Art

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

Heilbehandlungen bei Durchführung von kurähnlichen Maßnahmen

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

Hierbei ist folgendes zu beachten:

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

Fahrtkosten

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

Rechnungen

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

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

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

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zu Fahrtkosten

Allgemeines

Fahrtkosten werden nach Tarifstelle (TS) 1.17 nur zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Mitglieds oder mitversicherten Angehörigen und dem Ort der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsstätte als zuschussfähig anerkannt, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort.

Zuschussfähige Fahrtkosten

- a) Zuschussfähig sind Aufwendungen für **ärztlich verordnete** Fahrten anlässlich einer
- stationären Krankenbehandlung, einschließlich einer vor- und nachstationären Krankenbehandlung,
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus,
 - ambulanten Operation, einschließlich der Vor- und Nachbehandlung in dem jeweiligen Behandlungsfall,
 - ambulanten Behandlung einer Erkrankung; die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a SGB V ist einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen,
- oder
- mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder fachgerechte Lagerung benötigt wird.

Dies gilt entsprechend für Fahrten, die durch Zahnärzte, Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet wurden, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.

- b) Zuschussfähig sind Aufwendungen **ohne ärztliche Verordnung** für
- Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
 - notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie / parenteralen onkologischen Chemotherapie,
 - alle Fahrten gem. Abschnitt a), wenn ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" vorliegt oder eine Einstufung in die Pflegegrade 3, 4 oder 5 besteht,
 - Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Bezirksleitung der Verlegung zugestimmt hat,
 - den Besuch eines stationär untergebrachten, schwer erkrankten Kindes des Mitglieds oder mitversicherten Angehörigen, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei dem ärztlich bescheinigt wurde, dass zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind.

Höhe der zuschussfähigen Aufwendungen

- bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln der Fahrpreis der niedrigsten Beförderungsklasse,
- bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer der nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung (Stand 01.10.2020: 0,20 € je gefahrenen Kilometer, höchstens 130 €); bei gemeinsamer Fahrt eines Mitglieds oder mitversicherten Angehörigen mit weiteren Mitgliedern oder mitversicherten Angehörigen mit einem privaten Kraftfahrzeug sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal zuschussfähig,
- bei Rettungsfahrten und -flügen sowie bei Fahrten mit Krankentransportwagen der nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechnete Betrag bzw. die durch die gesetzlichen Krankenkassen vertraglich vereinbarten Vergütungen,
- bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens die Kosten bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder private Kraftfahrzeuge nicht benutzt werden können.

Der Zuschuss beträgt 90% der zuschussfähigen Aufwendungen. Bei Dialysebehandlung, Tbc-Behandlung und bei Behandlung eines Bluters 100% der zuschussfähigen Aufwendungen.

Nicht zuschussfähige Fahrtkosten

Nicht zuschussfähig sind die Aufwendungen für

- die Rückbeförderung an den Wohnort oder in ein Krankenhaus am Wohnort bei Erkrankung oder Unfall während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
- die Beschaffung von z.B. Hilfsmitteln, Arzneimitteln oder Körperersatzstücken,
- die Beförderung anderer Personen als dem erkrankten Mitglied oder mitversicherten Angehörigen, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,
- Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt,
- Besuchsfahrten, außer bei schwer erkrankten Kindern (s. Abschnitt **b**)),
- Fahrten im Zusammenhang mit der Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim,
- Parkgebühren.

Eigenanteile/Abzugsbeträge

Bei Ermittlung der zuschussfähigen Aufwendungen werden nicht zuschussfähige Eigenanteile in folgendem Umfang in Abzug gebracht:

10 vom Hundert der Aufwendungen, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen je Fahrt.

Abweichend hiervon werden Eigenanteile zu Fahrtkosten bei

- einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung,
- ambulant durchgeführten Operationen einschließlich der Vor- und Nachbehandlung in dem jeweiligen Behandlungsfall,
- teilstationärer Behandlung (Tagesklinik) sowie
- einer ärztlich verordneten ambulanten onkologischen Chemo-/Strahlentherapie nur für die erste und letzte Fahrt in Abzug gebracht.

Bei Erreichen der Belastungsgrenzen nach Tarifstelle 1.21 kann auf Antrag der Abzug von Eigenanteilen bei den Fahrtkosten für den Rest des Kalenderjahres entfallen.

Sonstiges

- Wegen Fahrtkosten bei Durchführung von Heilkuren, stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen siehe Tarifstellen 8.9 - 8.11 in Verbindung mit Anlage 1 zum Tarif, Ziffer 6.4. Bei Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen siehe Tarifstelle 5.10.
- Die Regelungen gelten auch bei Behandlungen, Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen im Ausland.

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Informationen zur Härtefallregelung

Allgemeines

Der Tarif der KVB sieht für

- Eigenanteile/Abzugsbeträge (eine Übersicht hierzu finden Sie als Anlage zu diesem Merkblatt) und
- nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

eine Härtefallregelung vor.

Bitte beachten Sie, dass die nach dem Tarif generell vorgesehenen Selbstbehalte (z.B. 10% bei ambulanter ärztlicher Behandlung und Arznei-/Verbandmitteln, Festbeträge für Arzneimittel oder 20% bei Hilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege) von diesen Regelungen nicht betroffen sind.

Dabei handelt es sich um Selbstbehalte, die von jedem Versicherten selbst zu tragen sind und von denen keine Befreiung erfolgen kann.

Ein Härtefall liegt vor

wenn die **Summe** der dem Mitglied zusammen mit seinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Abzug gebrachten **Eigenanteile** eines Kalenderjahres und der ärztlich verordneten **nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel** den Betrag von 2% des jährlichen gemeinsamen Einkommens (= Belastungsgrenze) des Mitglieds und des Ehegatten überschreitet (bitte ggf. ergänzende Regelung für schwerwiegend chronisch Kranke auf Seite 2 beachten).

Bis zur Erreichung der Belastungsgrenze werden alle verordneten nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel ohne Eigenbehalt entsprechend dem prozentualen Erstattungssatz bei der Berechnung, ob die Belastungsgrenze erreicht wird, berücksichtigt.

Nach Erreichen der Belastungsgrenze werden ab diesem Zeitpunkt entstehende Aufwendungen für die nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel als zuschussfähig anerkannt, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel bei

- den Beitragsgruppen 1/51 bis 8/58 und 68 den Betrag von 8 €,
- den Beitragsgruppen 9/59 bis 12/62 den Betrag von 12 €,
- den übrigen Beitragsgruppen den Betrag von 16 €

überschreiten.

Antragstellung

Ihrer Erstattungsmitteilung können Sie die Summe der für das jeweilige Kalenderjahr bereits in Abzug gebrachten Eigenanteile bzw. berücksichtigungsfähigen nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel entnehmen. Spätestens wenn sich die Summe der für Sie maßgeblichen Belastungsgrenze nähert, sollten Sie einen „Härtefallantrag wegen Überschreiten der Belastungsgrenze“ für das restliche laufende Kalenderjahr stellen.

Ein gestellter Antrag gilt auch für die Folgejahre. Sie bekommen von der KVB jährlich einen Ausdruck über die für die Berechnung der Belastungsgrenze maßgeblichen erfassten Daten zur Überprüfung zugesandt. Änderungen teilen Sie bitte sofort der Bezirksleitung mit.

Der Antrag kann längstens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr der zugehörigen Erstattungsmitteilung folgt. Antragsvordrucke erhalten Sie bei den Bezirksleitungen der KVB bzw. aus dem Internet unter <http://www.kvb.bund.de>.

Feststellen der Belastungsgrenzen

Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des **vorangegangenen** Kalenderjahres.

Als Einkommen in diesem Sinne gelten die folgenden Einkünfte:

1. die Bruttodienst- und Bruttoversorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (§ 1 Abs. 2 Nr. 1 und 3 BBesG, § 2 BeamtVG),
2. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Anspruchsberechtigten und des Ehegatten sowie
3. der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes des Ehegatten, ausgenommen der der Besteuerung unterliegende Anteil einer gesetzlichen Rente (siehe auch Vordruck „Erklärung über die Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten/der Lebenspartnerin/des Lebenspartners“).

Einkünfte aus geringfügigen Tätigkeiten sind nicht anzugeben!

Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Anspruchsberechtigten um 15% und für jedes berücksichtigungsfähige Kind – unabhängig vom Alter – um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag. Dieser Betrag verdoppelt sich bei Ehegatten, die zusammen zur Einkommensteuer veranlagt werden, wenn das Kind zu beiden Ehegatten in einem Kindschaftsverhältnis steht (siehe auch Berechnungsbeispiel für die Berechnung der Belastungsgrenze auf S. 3). Der doppelte Kinderfreibetrag steht auch dem Anspruchsberechtigten zu, wenn der andere Elternteil verstorben oder nicht unbeschränkt einkommensteuerpflichtig ist.

Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Dies gilt jedoch nicht für einen nach § 22 Abs. 5 der Satzung selbst aufnahmeberechtigten mitversicherten Ehegatten.

Ergänzende Regelung nur für schwerwiegend chronisch Kranke

Eine Belastungsgrenze von 1% des jährlichen Einkommens wird zugrunde gelegt, wenn dem Familienhaushalt eine Person angehört, die sich wegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung in einer Dauerbehandlung befindet. Als **schwerwiegend chronisch krank** gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 vor,

- es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% vor, wobei der GdB bzw. die MdE zumindest auch durch dieselbe Erkrankung begründet sein muss,
- es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch dieselbe Erkrankung zu erwarten ist.

Das Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen ist bei der Erstbeantragung durch entsprechende ärztliche bzw. sonstige Bescheinigungen nachzuweisen.

Beispiel für die Berechnung der Belastungsgrenzen

Sie sind verheiratet und haben im vorangegangenen Kalenderjahr ein berücksichtigungsfähiges Einkommen in Höhe von 30.000 € erzielt. Ihr Ehegatte ist GKV-versichert, daher wird dessen Einkommen nicht berücksichtigt. Sie und Ihr Ehegatte werden steuerlich gemeinsam veranlagt und haben ein gemeinsames leibliches Kind, das im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig ist.

Aufgrund dieser Daten ergibt sich folgende Berechnung (Stand 2021):

Einkommen Mitglied	30.000,00 €
abzüglich Verheiratetenabschlag (15%)	- 4.500,00 €
abzüglich doppelter Kinderfreibetrag (§ 32 Abs.6 Satz 1 und 2 EStG)	- 8.388,00 €
<hr/> maßgebliches Einkommen	<hr/> 17.112,00 €
Belastungsgrenze (2%)	342,24 €
(1%)	171,12 €

(Die Berechnung ist nur beispielhaft (basierend auf dem Kinderfreibetrag 2021). Das Informationsblatt wird diesbezüglich nicht jährlich aktualisiert)

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Anlage zum Merkblatt – bitte wenden!

Anlage

Übersicht über Eigenanteile/Abzugsbeträge nach Tarifstelle (TS) 1.20.1

- Arznei-, Verbandmittel und Medizinprodukte (TS 4)
10% der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
- Hilfsmittel (TS 7)
10% der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Bei Verbrauchshilfsmitteln (z.B. Vorlagen bei Inkontinenz) höchstens 10 € für den Monatsbedarf
- Fahrtkosten (TS 1.17)
10% der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
Der Abzugsbetrag gilt für jede einzelne Fahrt. Hiervon gibt es vier Ausnahmen, bei denen der Eigenanteil nur für die erste und letzte Fahrt abgezogen wird:
 - kombinierte vor-, voll- und nachstationäre Krankenhausbehandlung,
 - ambulant durchgeführte Operation einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
 - teilstationäre Behandlung (Tagesklinik) sowie
 - ärztlich verordnete ambulante onkologische Chemo-/Strahlentherapie
- Familien- und Haushaltshilfe (TS 11)
10% der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten je Kalendertag
- Soziotherapie (TS 5)
10% der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten je Kalendertag
- Vollstationärer Krankenhausaufenthalt (TS 8)
10 € je Kalendertag bei vollstationären allgemeinen Krankenhausleistungen für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr
- Häusliche Krankenpflege (TS 5)
10% der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege je Kalenderjahr und 10 € je Verordnung

Ausnahmen

Die vorgenannten Eigenanteile/Abzugsbeträge werden unter anderem nicht abgezogen bei Aufwendungen für

- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen bei Fahrtkosten
- Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung
- besondere Heilbehandlungen nach TS 5 und Hilfsmittel nach TS 7, soweit zuschussfähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind
- Leistungen, soweit die Härtefallregelung nach TS 1.21.1 zur Anwendung kommt (Antrag gestellt und Belastungsgrenze erreicht)
- Aufwendungen von Spendern nach TS 1.27
- Arzneimittel nach TS 4, wenn auf Grund eines Arzneimittelrückrufes oder einer von der zuständigen Behörde vorgenommen Einschränkung der Verwendbarkeit eines Arzneimittels erneut ein Arzneimittel verordnet werden musste.

Informationen zu Schutzimpfungen

Allgemeines

Die Aufwendungen für Schutzimpfungen sind nach den Bestimmungen der Tarifstelle (TS) 2.2 zuschussfähig.

Zu welchen Schutzimpfungen werden Zuschüssen von der KVB gezahlt?

Aufwendungen für Schutzimpfungen werden grundsätzlich nach LT Nr. 02 110 mit 90% bezuschusst, wenn sie im aktuellen Epidemiologischen Bulletin der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut enthalten und die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind (TS 2.2). Dazu zählen die Impfungen gegen:

- Tetanus (Wundstarrkrampf)
- Diphtherie
- Pertussis (Keuchhusten)
- Haemophilus influenza Typ b (Hib)
- Hepatitis A und B (HB)
- Pneumokokken
- Meningokokken
- MMR (Masern, Mumps, Röteln)
- Herpes Zoster
- Varizellen (Windpocken)
- Influenza (Grippe)
- Humane Papillomviren (HPV) – Gebärmutterhalskrebs - für Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Rotavirus
- Tollwut
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Die Bezuschussung der Schutzimpfungen gegen Hepatitis A und B, Grippe (Influenza), Herpes Zoster, Tollwut sowie Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) erfolgt ohne die von der STIKO genannten Einschränkungen. Zu den zuschussfähigen Aufwendungen zahlt die KVB Zuschüsse in Höhe von 90%.

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zu Psychotherapie



Allgemeines

Die Gewährung von Zuschüssen für psychotherapeutische Behandlungen richtet sich nach den Bestimmungen der Tarifstelle (TS) 2.3.

Zur Psychotherapie gemäß TS 2.3 gehören

- die psychoanalytisch begründeten Verfahren (Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie),
- Verhaltenstherapie,
- Systemische Therapie,
- Psychotherapeutische Akutbehandlung,
- Psychosomatische Grundversorgung und
- Neuropsychologische Therapie.

Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören

Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Familien-, Lebens-, Paar- oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

Probatorische Sitzungen

Die Psychotherapie beginnt mit den probatorischen Sitzungen. Je nach Therapie können Sie 5 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie oder Systemische Therapie) oder 8 (analytische Psychotherapie) probatorische Sitzungen ohne Genehmigung der KVB in Anspruch nehmen. Ziel dieser Sitzungen ist es, herauszufinden, ob sich eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Therapeuten aufbauen lässt und ob die Psychotherapie bei der vorliegenden psychischen Störung erfolgversprechend ist.

Genehmigungspflichtige Therapien (Gutachterverfahren)

Für die Prüfung der Voraussetzungen zur Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie sowie der Systemischen Therapie ist ein Voranerkennungsverfahren (Gutachterverfahren) eingerichtet worden. Entsprechend den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses muss die Anerkennung grundsätzlich immer vor Beginn der Behandlung ausgesprochen worden sein. Davon ausgenommen sind nur die Aufwendungen für die biographische Anamnese und für höchstens 5 bis 8 probatorische Sitzungen.

Die Durchführung des vorgenannten Verfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle Ihnen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat. Die Therapieart und der Umfang der Bewilligung sind der KVB nachzuweisen.

Kann von der Genehmigungspflicht abgewichen werden?

Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung zuschussfähig.

Nicht genehmigungspflichtige Therapien

Zu den nicht genehmigungspflichtigen Therapien nach TS 2.3 gehören die psychosomatische Grundversorgung und die neuropsychologische Therapie.

Therapeutenwechsel

Die Genehmigung einer psychotherapeutischen Behandlung wird ausschließlich für den im Gutachterverfahren benannten Therapeuten erteilt. Soll bei einer genehmigten Psychotherapie der Therapeut gewechselt werden, kann eine Genehmigung hierfür grundsätzlich nur unter Beteiligung des Gutachters erfolgen. Bisher nicht in Anspruch genommene Behandlungsstunden sind nicht übertragbar.

Krankenkassenwechsel

Wird die KVB für eine von einer anderen Krankenkasse genehmigten Psychotherapie leistungspflichtig, so werden die noch nicht in Anspruch genommenen Behandlungsstunden, sofern sie nicht noch zu Lasten der anderen Krankenkasse abgewickelt werden müssen, tarifgemäß bezuschusst. Art und Umfang der genehmigten und bisher in Anspruch genommen psychotherapeutischen Behandlungen sind nachzuweisen.

Bei Folgeanträgen können weitere Behandlungen grundsätzlich nur im Rahmen eines Gutachterverfahrens genehmigt werden.

Nicht zuschussfähige Behandlungen

Nicht zuschussfähig sind folgende psychotherapeutische Leistungen: Aufwendungen für Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurhythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse.

Daneben ist der Besuch von Vortragsveranstaltungen einschließlich praktischer Übungen in Autogenem Training im Rahmen der Volkshochschulen oder vergleichbarer Einrichtungen nicht zuschussfähig.

Formular „Antrag auf Psychotherapie“

Die Antragsformulare können Sie bei Bedarf bei Ihrer zuständigen KVB Bezirksleitung anfordern. Ein Download im Internet ist **nicht** möglich, da die Formulare im Durchschreibeverfahren ausgefüllt werden.

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen



Allgemeines

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

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

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

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

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

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

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

Früherkennungsmaßnahmen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Früherkennungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

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

Bei Jugendlichen sind die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden (vgl. Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses), zu 100% zuschussfähig. Hierbei handelt es sich um eine Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) für Jugendliche zwischen dem vollendeten 13. und

dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze) sowie eine erweiterte Jugendgesundheitsuntersuchung (J2) für Jugendliche zwischen dem 16. und 17. Lebensjahr. Darunter fallen die Nummern 26, A 26 und 3562 bis 3564 der GOÄ.

2. Früherkennungsmaßnahmen für Erwachsene

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

- Früherkennungsmaßnahmen, die nur bei **Frauen** durchgeführt werden:
 - Jährliche Untersuchung der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung. Darunter fallen die Nrn. 27, 298, 1070, A 3571 o. A 3650 o. A 3735 o. A 3736 und 4851 der GOÄ.
 - Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening alle zwei Jahre. Darunter fallen die Nrn. 60 oder A 60, 5265, 5266 sowie 5298; zusätzlich bei Abklärungsdiagnostik von Verdachtsfällen die Nrn. 1, 5 oder 7, ggf. 34, 60 oder A 60, 75, 314, A 314, 418, 420, A 418, A 420, 490, 4780, 4783 4785, 4810, A 4815, 5265, 5266, 5267, A 5266, A 5267, A 5290 sowie 5298 der GOÄ.
- Früherkennungsmaßnahmen, die nur bei **Männern** durchgeführt werden:
 - Jährliche Untersuchung des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung. Darunter fallen die Nrn. 28 und A 3571 oder A 3650 oder A 3735 oder A 3736 der GOÄ.
 - Einmaliges Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen. Darunter fallen die Nrn. 1, 5 oder 7, 410 und ggf. 401.
- Früherkennungsmaßnahmen, die bei **Frauen und Männern** durchgeführt werden:
 - Jährliche Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom. Darunter fallen die Nrn. 1, 7, 11, 250, 451 oder 452, 687, 688, 689, 690, 705, 3500 oder 3650 (nicht neben 27/28), 3530 oder 3607, 3550, A 3571 oder A 3650 oder A 3735 oder A 3736, 4800 oder 4802, Zuschlag A 5298 zu 687 bis 689, A 5381, A 5382 sowie A 5383 der GOÄ.
 - Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (Hautkrebsscreening = visuelle, standardisierte Ganzkörperinspektion) alle zwei Jahre. Darunter fallen die Nrn. 1 oder 3, 7, A 612 oder 750 sowie A 624; zusätzlich bei Abklärungsdiagnostik von Verdachtsfällen die Nrn. 490, 2403, 4800, 4810 sowie 4811 der GOÄ.

Bei **Frauen und Männern** sind außerdem alle drei Jahre die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung zum Ausschluss von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (vgl. Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) nach LT Nr. 02 350 zu 100% zuschussfähig. Darunter fallen die Nrn. 29, 250, A 612 oder 750, 3511 oder 3652, 3514 oder 3560, 3562 bis 3564 der GOÄ.

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

Weitere Früherkennungsmaßnahmen außerhalb der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

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

Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen

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

- Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung:
Einmalig ein Pauschalbetrag in Höhe von 600 Euro. Aufwendungen für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom bekannt ist, eine Pauschale in Höhe von 300 Euro.
- Tumorgewebsdiagnostik:
Aufwendungen für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe sowie die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe in Höhe von 500 Euro.
- Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation):
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.
- Früherkennungsmaßnahmen:
Unter der Voraussetzung, dass ein Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom vorliegt, sind Aufwendungen für eine jährliche endoskopische Früherkennung des Magendarmtrakts einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien in Höhe von 540 Euro zuschussfähig.
- Kliniken des Verbundprojekts:
Unikliniken Berlin, Bochum, Dresden, Düsseldorf, Halle, Heidelberg, Köln, Leipzig, Lübeck, München, Münster, Tübingen, Ulm und Wuppertal, Institut für Humangenetik Bonn und die Medizinische Hochschule Hannover

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

- Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz.
Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütungen zuschussfähig, die zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbart wurden.
- Beratung und Untersuchung zur medikamentösen Präexpositionsprophylaxe von HIV.
Bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen der ärztlichen Beratung zu Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV und Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, zuschussfähig.

Benötigen KVB-Versicherte Kranken- oder Berechtigungsscheine?

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Allgemeines

Die Vergütungen der beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Nach der GOZ darf eine Gebühr in der Regel zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden (Schwellenwert). Ein Überschreiten des Schwellenwertes bis zum Höchstsatz (3,5fach) ist zwar zulässig, muss aber in jedem Fall schriftlich in der Rechnung begründet werden.

Sofern ein Zahnarzt den Gebührenrahmen der GOZ überschreiten möchte, liegt es in Ihrem Ermessen, ob Sie dieser Honorarvereinbarung zustimmen. Die KVB kann entsprechend den geltenden Tarifbestimmungen jedoch nur Zuschüsse in der Höhe gewähren, die sich unter Anwendung der Sätze der GOZ ergeben.

Zuschüsse zu ambulanten zahnärztlichen Behandlungen

Die KVB zahlt zu Rechnungen für Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz sowie Früherkennungsuntersuchungen/Vorsorgemaßnahmen und kieferorthopädischen Leistungen (KFO) inkl. zahntechnischer Leistungen 85%, zu Material- und Laborkosten sowie zu zahntechnischen Leistungen (ausgenommen KFO) 70% der Gebühren und Entschädigungen, die nach der GOZ/GOÄ angemessen sind.

Kostenvoranschläge bzw. Heil- und Kostenpläne

Die KVB empfiehlt, sich bei geplanter Durchführung von umfangreichem Zahnersatz und bei geplanter Implantatversorgung einen Kostenvoranschlag (Heil- und Kostenplan) erstellen zu lassen und diesen der zuständigen KVB-Bezirksleitung vor Beginn der Behandlung zur Prüfung vorzulegen. Ist hieraus ersichtlich, dass Leistungen in Ansatz gebracht werden sollen, die von der KVB nicht als zuschussfähig anerkannt werden können, werden Sie hierüber informiert und haben damit Gelegenheit, noch vor Behandlungsbeginn mit dem Zahnarzt über die Art der vorgesehenen Maßnahme und über die Kostenfrage zu sprechen.

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (TS 3.2)

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach LT Nr. 03 110 zur Früherkennung und Vorsorge sind nach den hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen zuschussfähig.

Kieferorthopädische Leistungen (TS 3.4)

Voraussetzung für die Bezuschussung einer kieferorthopädischen Behandlung ist die **Vorlage und Genehmigung eines Heil- und Kostenplans vor Beginn** der Behandlung bzw. vor einer Weiterbehandlung nach Ablauf des 4. Behandlungsjahres (ausgenommen Retention). Eine Genehmigung kann durch die KVB-Bezirksleitung nur erteilt werden, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur bei Vorliegen schwerer Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern, oder wenn durch ein Gutachten bestätigt wird, dass:

- die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können und
- keine Behandlungsalternative vorhanden ist und

- erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion.

Aufwendungen für Leistungen zur Stabilisierung der Zähne (Retention) sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der auf der Grundlage des Heil- und Kostenplans durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung zuschussfähig.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (TS 3.5)

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach Abschnitt J der GOZ sind nur bei Vorliegen folgender Indikationen zuschussfähig:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
- Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nrn. 7010 und 7020 GOZ,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen oder
- umfangreiche Gebissanierungen.

Voraussetzungen für die Bezuschussung sind die Angabe der Diagnose und die Vorlage einer Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nr. 8000 des Gebührenverzeichnisses der GOZ.

Implantologische Leistungen (TS 3.6)

Aufwendungen für implantologische Leistungen (Abschnitt K der GOZ) einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind wie folgt zuschussfähig:

- für höchstens zwei Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate – ;
- für höchstens vier Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate – bei implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer, maßgeblich ist dabei der Zeitpunkt der Fixierung der Prothese
- ohne Beschränkung der Anzahl ausschließlich bei Vorliegen bestimmter Diagnosen (s. TS 3.6 lfd. Nr. 3).

Leistungsausschlüsse

Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für

- auf Verlangen des Versicherten erbrachte Leistungen,
- Leistungen, die weder im Gebührenverzeichnis der GOZ/ GOÄ enthalten sind und deren Vergütung abweichend von der GOZ in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart wurden sowie
- Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen.

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



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

Allgemeines

➤ Arzneimittel

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

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

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

➤ Medizinprodukte (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)

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

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

➤ Versandkosten

Gesondert ausgewiesene Versandkosten sind nicht zuschussfähig.

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

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

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

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

Ausgeschlossen sind danach insbesondere Arzneimittel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 und für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern eine Entwicklungsstörung vorliegt. Definitionsgemäß werden bei einer Entwicklungsstörung „erhebliche körperliche, seelische oder geistige Abweichungen von der Altersnorm“ vorausgesetzt (z.B. Down-Syndrom); das Vorliegen dieser Voraussetzung ist durch eine ärztliche Bescheinigung

gegenüber der KVB nachzuweisen. Ausgenommen sind Präparate nach Anlage III Nr. 19 der Arzneimittelrichtlinien.

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

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

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

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

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

Ärztliche Bescheinigungen

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

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

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

Wiederholter Bezug

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

die Aufwendungen für eine Wiederholung zuschussfähig. Der wiederholte Bezug eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung ist mit ärztlichem Wiederholungsvermerk bis zu dreimal nach der Erstabgabe zuschussfähig, wenn dieselbe Packungsgröße, die der Arzt für die erstmalige Abgabe auf der Verschreibung angegeben hat, beschafft wurde und die Anzahl der Wiederholungen auf der Verschreibung angegeben ist.

Eigenanteil

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

Der Abzug wird nicht vorgenommen

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Informationen zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln

Allgemeines

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

Was bedeutet ein Festbetrag für Arzneimittel?

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

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

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

Ein Festbetrag wird für Gruppen vergleichbarer Arzneimittel festgesetzt. So hat der Arzt, der ein Medikament verschreiben will, die Wahl zwischen mehreren therapeutisch gleichwertigen Präparaten, die er dem Patienten auf Kosten der Krankenkasse verschreiben kann. Die Daten zu den Festbeträgen können Sie im Internet beim „Deutschen Institut für medizinische Dokumentation (DIMDI)“ (www.dimdi.de) unter [Arzneimittel/Festbeträge und Zuzahlungen](#) erhalten.

Welche Auswirkungen hat ein Festbetrag auf die Zuschussfähigkeit des Arzneimittels?

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

Bitte unbedingt beachten:

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

Beispiel:

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

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

Was bedeutet eine Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel?

In der gesetzlichen Krankenversicherung können Arzneimittel, deren Preis 30 Prozent und mehr unterhalb des Festbetrags liegt, von der Zuzahlung befreit werden.

Die KVB hat diese Regelung zur Entlastung ihrer Mitglieder in ihren Tarif übernommen. Bei ärztlicher Verordnung eines zuzahlungsbefreiten Arzneimittels entfällt für dieses Arzneimittel der tarifliche Eigenanteil nach TS 1.20.1 in Höhe 10% mindestens 5 € bis maximal 10 €.

Im Internet beim „Deutschen Institut für medizinische Dokumentation (DIMDI)“ (www.dimdi.de) können Sie unter [Arzneimittel/Festbeträge und Zuzahlungen](#) nachsehen, ob die von Ihnen benutzten Arzneimittel zuzahlungsbefreit sind. Im Übrigen können Sie weitergehende Information zur Zuzahlungsbefreiung bei Ihrem Arzt oder Apotheker erhalten.

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

Was Sie als Mitglied oder mitversicherter Angehöriger tun sollten:

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

Bitten Sie Ihren Arzt, Ihnen ggf. als Ersatz für ein teures Originalpräparat mit Festbetrag ein gleichwertiges, soweit möglich zuzahlungsbefreites Präparat (z.B. ein Generikum) zu verordnen.

Grundsätzlich besteht darüber hinaus bei Verordnung eines teuren Originalpräparates oder eines nicht zuzahlungsbefreiten Präparates die Möglichkeit, den Apotheker um den Ersatz durch ein günstigeres bzw. zuzahlungsbefreites Präparat zu bitten. Sollte ein Ersatz aus arzneimittelrechtlichen oder medizinischen (dann hat der Arzt das Rezept entsprechend ausgefertigt) Gründen nicht zugelassen sein, darf der Apotheker nur das verordnete

Arzneimittel abgeben. Auch in diesen Fällen, wird die Bezuschussung weiterhin durch den Festbetrag begrenzt.

Diese Information kann die Beratung durch Ihren Arzt bzw. Apotheker nicht ersetzen. Es können insbesondere keine Empfehlungen oder Bewertungen von Arzneimitteln abgeleitet werden.

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

_____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂
(Bitte abschneiden und dem behandelnden Arzt bzw. Apotheker vorlegen)

Information der KVB an den behandelnden Arzt



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

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

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

In diesem Zusammenhang weisen wir auch nochmals daraufhin, dass für KVB-Mitglieder hinsichtlich nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel die Arzneimittelrichtlinien gelten.

Information der KVB an den Apotheker



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

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

Auf Rezepten müssen gemäß § 4 AMRabattG (Gesetz über Rabatte für Arzneimittel) das Apothekenkennzeichen (IK-Nummer), das Abgabedatum, die Pharmazentralnummer (PZN) und der Abgabepreis in maschinenlesbarer Form übertragen sein.

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



Allgemeines

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

Leistungsumfang

- Rehabilitationssport:

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

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

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

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

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

- Funktionstraining:

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

Inhalt und Leitung der Übungseinheiten

- **Rehabilitationssport:**

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

- **Funktionstraining:**

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

Zuschussfähigkeit

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

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

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zur Krankenhausbehandlung



Allgemeines

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

Wahl des Krankenhauses

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

Zugelassene Krankenhäuser

Folgende Krankenhäuser gelten als zugelassen:

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

Leistungsangebot der zugelassenen Krankenhäuser

Bei den Krankenhausleistungen unterscheidet man allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

• Allgemeine Krankenhausleistungen

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

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

• Wahlleistungen

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

- die gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) und

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

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

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

Abrechnung der Leistungen

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

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

Zuschüsse der KVB

- Allgemeine Krankenhausleistungen

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

- Wahlleistungen

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

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

- **Belegabteilung (Belegarzt)**

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

Behandlung in Privatkliniken

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

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

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

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

- **Ausnahme: Notfallversorgung**

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

Eigenanteile bei einer stationären Krankenhausbehandlung

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

Vorherige Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in einer gemischten Krankenanstalt

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

Was ist bei der Aufnahme in ein Krankenhaus zu beachten?

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

Bei stationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland ist Folgendes zu beachten:

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

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

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

Was zählt nicht zu einer Krankenhausbehandlung?

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

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

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zur stationären Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung, Heilkur und zu kurähnlichen Maßnahmen



Allgemeines

Die KVB leistet für ihre Mitglieder und mitversicherten Angehörigen zu den Aufwendungen einer von der KVB genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Heilkur Zuschüsse gemäß Satzung und Tarif. Die Ansprüche richten sich nach den „Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren“ (Anlage 1 zum Tarif der KVB) und den Tarifstellen 8.9 bis 8.12.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Heilkur oder Anschlussheilbehandlung muss grundsätzlich vor Antritt bei der KVB Hauptverwaltung (KVB-HV), Geschäftsgruppe Rehabilitation beantragt und genehmigt worden sein. Eine Genehmigung erfolgt für die Dauer von drei Wochen. Eine Heilkur kann nicht verlängert werden. Ein Anspruch auf Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften ist vorrangig in Anspruch zu nehmen. Besteht ein Anspruch auf Leistungen bei einem anderen Dienstherrn als dem Bundeseisenbahnvermögen, ist der Antrag beim Dienstherrn und nicht bei der KVB zu stellen.

Rehabilitationsanträge, für welche die KVB zuständig ist, senden Sie bitte an die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation, Postfach 20 02 53 in 60606 Frankfurt am Main.

Die aktuellen Anträge, den Reha-Befundbericht, Merkblätter wie die „Hinweise zum Rehabilitationsantrag“ und weitergehende Informationen finden Sie im Internetauftritt der KVB unter <http://www.kvb.bund.de>. Die Antragsformulare stehen dort auch als beschreibbare Formulare zur Verfügung, die Sie anschließend ausdrucken können.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Zur stationären Rehabilitationsmaßnahme gehört auch die Entwöhnungsbehandlung. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme dient zur Behandlung langwieriger und chronischer Erkrankungen in einer Rehabilitationseinrichtung unter ärztlicher Leitung. Sie kann mit Einweisung durch die KVB oder ohne Einweisung (als Selbstzahler) beantragt werden. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann auch für eine teilstationäre (ganztägig ambulante) Rehabilitation beantragt werden, welche sich nur durch den Wegfall der Übernachtung unterscheidet.

Ihr Arzt muss die stationäre Rehabilitation für medizinisch notwendig erachten, andere Behandlungsmöglichkeiten müssen ausgeschöpft sein. Im laufenden und in den drei vorangegangenen Kalenderjahren dürfen Sie keine Heilkur oder stationäre Rehabilitation (Ausnahme: familienorientierte Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung) durchgeführt haben.

Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird mit dem **Rehabilitationsantrag** der KVB beantragt. Der zusätzlich erforderliche **Reha-Befundbericht** soll vom behandelnden Arzt anhand bereits erhobener Befunde und vorliegender Berichte ohne zusätzliche Untersuchung erstellt werden. Sie müssen im Reha-Befundbericht die Zustimmung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, zur Übermittlung personenbezogener Daten sowie zur Verarbeitung der Daten erklären. Wenn der Rehabilitationsantrag und die erforderlichen Befundunterlagen vorliegen, beauftragt die KVB eine gutachterliche Stellungnahme. Nach Eingang der Stellungnahme genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den Rehabilitations-

antrag oder lehnt ihn ab. In dem Genehmigungsschreiben wird die bewilligte Leistung erläutert.

- **Bei Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme mit Einweisung** durch die KVB weist die KVB den Patienten in eine medizinisch geeignete Rehabilitationseinrichtung im Inland ein und erteilt einen Behandlungsauftrag mit Kostenzusage. Es können nur Rehabilitationseinrichtungen belegt werden, die einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mit der Deutschen Rentenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Die Kostenzusage der KVB gilt für einen vollpauschalierten Tagespflegesatz, welche alle notwendigen Leistungen einschließt (Unterkunft, Verpflegung, Arzt, Laborkosten, Anwendungen etc.). Die Rehabilitationseinrichtung vereinbart dann mit dem Patienten einen Aufnahmetermin. Nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme wird die Rehabilitationseinrichtung die gesamten Aufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme direkt mit der KVB abrechnen. Die KVB stellt dem Mitglied anschließend den vorgelegten Eigenbehalt in Rechnung.

Bei Anspruch auf die vollen Tarifleistungen beträgt der **tarifliche Zuschuss** zu einer von der KVB genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme **mit Einweisung 85%** der zuschussfähigen Aufwendungen (auch für die zuschussfähigen Aufwendungen der An- und Abreise). Das Mitglied hat den durch die Tarifleistungen nicht gedeckten Kostenanteil der stationären Rehabilitationsmaßnahme, den sogenannten tariflichen **Eigenbehalt**, in jedem Fall selbst zu übernehmen (**keine Vollkostenerstattung**). Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen fallen auch nicht unter die Freistellung nach Tarifstelle 1.20.2 und 1.21.1 (Härtefallregelung).

- **Die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ohne Einweisung** durch die KVB (als Selbstzahler) erfolgt grundsätzlich zur Durchführung im Inland bzw. in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union. Die Rehabilitationseinrichtung im Inland muss einen Versorgungsvertrag nach SGB V mit der Deutschen Rentenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Bei Durchführung außerhalb Deutschlands dürfen nur solche qualifizierte Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind.

Nach unserer Genehmigung wählt der Patient selbst eine medizinisch geeignete Rehabilitationseinrichtung aus und schließt mit dieser einen Behandlungsvertrag als Selbstzahler ab. Der Patient muss die Rechnungen der Rehabilitationseinrichtung selbst begleichen. Danach kann das Mitglied den Zuschuss bei der KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation (**nicht** bei der Bezirksleitung) beantragen. Zuschussfähig ist auch hier nur der vollpauschalierte Pflegesatz, den die Rehabilitationseinrichtung mit einer gesetzlichen Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung vereinbart hat. Alle darüber hinausgehenden Leistungen sind nicht zuschussfähig. Besteht kein solcher vollpauschaliertes Pflegesatz (z.B. im Ausland) oder ist er nicht anwendbar, sind die Einzelrechnungen vorzulegen. Dabei ist zu beachten, dass für Unterkunft und Verpflegung nur der niedrigste Satz bezuschusst werden kann und zwar unabhängig davon, ob diese Unterkunft zu diesem Zeitpunkt tatsächlich hätte genutzt werden können.

Bei Anspruch auf die vollen Tarifleistungen beträgt der **tarifliche Zuschuss** zu einer von der KVB genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme **ohne Einweisung 80%** der zuschussfähigen Aufwendungen (auch für die zuschussfähigen Aufwendungen der An- und Abreise).

Folgende tarifliche Regelungen gelten für die stationäre Rehabilitationsmaßnahme **mit** Einweisung durch die KVB und **ohne** Einweisung: **Wahlleistungen** aller Art, wie z.B. die Unterbringung in einem anderen (besser ausgestatteten) Zimmer und Leistungen im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung, sind **nicht zuschussfähig** und vom Mitglied selbst zu zahlen. Die Zuschussfähigkeit der Fahrtkosten entnehmen Sie bitte den Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren (Tarif Anlage 1).

Heilkur

Nur aktive Beamte (keine Mitversicherte und Versorgungsempfänger) können mit dem **Rehabilitationsantrag** für sich selbst eine Heilkur beantragen. Die Heilkur ist eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort. Sie dient zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung. Bei einer Heilkur werden örtlich angebotene Heilanwendungen genutzt. Das Antragsverfahren zur Heilkur entspricht dem der stationären Rehabilitation. Die nachträgliche Genehmigung einer Heilkur ist ausgeschlossen. Nachdem die KVB die Heilkur genehmigt hat, sucht sich der Patient selbst einen geeigneten Kurort aus, der in der Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte der Bundesbeihilfeverordnung (Heilbäder- und Kurortverzeichnis) aufgeführt sein muss. Diese Übersicht finden Sie im Internetauftritt der KVB unter www.kvb.bund.de. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein (kein Zelt oder Wohnwagen). Der Patient sorgt für die Durchführung der Heilkur und begleicht die Rechnungen.

Der **tarifliche Zuschuss** zur Heilkur wird mit **KVB-Erstattungsantrag** bei der zuständigen **Bezirksleitung** der KVB unter Vorlage der Einzelrechnungen, des Kurabschlussberichts und des Genehmigungsschreibens der KVB-HV beantragt. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach dem Tarif und ist ähnlich wie bei einer ambulanten Behandlung. Zusätzlich gibt es einen Zuschuss für Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen bis zum Betrag von 16 € täglich. Reisetage werden dabei nicht berücksichtigt.

Anschlussheilbehandlung

Eine **Anschlussheilbehandlung** (AHB) liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Eine Anschlussheilbehandlung liegt auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig ist.

Die Anschlussheilbehandlung wird mit dem Antrag auf Anschlussheilbehandlung (AHB-Antrag) beantragt. Der ausgefüllte und vom Mitglied und Patienten unterschriebene AHB-Antrag wird direkt vom Krankenhaus mit den Befundunterlagen (AHB-Befundbericht) an die KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation übermittelt. Eine AHB muss nach Art und Dauer medizinisch notwendig sein, ambulante Maßnahmen dürfen nicht ausreichen. Nach Eingang aller Unterlagen genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den AHB-Antrag oder lehnt ab.

Das Mitglied kann die **AHB mit Einweisung durch die KVB** oder **ohne Einweisung** (als Selbstzahler) beantragen. Welche Rehabilitationseinrichtungen zuschussfähig sind sowie die Regelungen zu Durchführung und Abrechnung entspricht den Regelungen zur stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die von der KVB genehmigte **AHB ohne Einweisung im Inland** darf aber auch in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, welche die Vorausset-

zungen des § 107 Absatz 2 des SGB V erfüllen, mit denen aber kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des SGB V besteht (Privatklinik). In diesen Rehabilitationseinrichtungen sind Aufwendungen entsprechend Tarifstelle 8.2 Satz 1 Ziffer 2a zuschussfähig. Außerdem sind in diesem Fall gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen zuschussfähig, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Bei Anspruch auf die vollen Tarifleistungen beträgt der **tarifliche Zuschuss** der KVB zu den Aufwendungen einer von der KVB genehmigten Anschlussheilbehandlung **90%** der zuschussfähigen Aufwendungen. Der tarifliche Eigenbehalt ist in jedem Fall vom Mitglied zu übernehmen (**keine Vollkostenerstattung**). Anschlussheilbehandlungen fallen auch nicht unter die Freistellung nach Tarifstelle 1.20.2 und 1.21.1 (Härtefallregelung). Wahlleistungen aller Art, wie z.B. die Unterbringung in einem anderen (besser ausgestatteten) Zimmer und Leistungen im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung, sind **nicht zuschussfähig** und vom Mitglied selbst zu zahlen. Die Zuschussfähigkeit der Fahrtkosten entnehmen Sie bitte den Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren (Tarif Anlage 1).

Kurähnliche Behandlungen – freie Badekuren – nicht genehmigte Gesundheitsmaßnahmen

Kurähnliche Maßnahmen kann jeder KVB-Versicherte ohne besondere Genehmigung durchführen. Die Behandlungen werden jedoch von der KVB-Bezirksleitung nur als zuschussfähig anerkannt, wenn sie zur Heilung oder Milderung eines Krankheitszustandes dienen.

Bei **nicht genehmigten Gesundheitsmaßnahmen** und/oder bei kurähnlichen Behandlungen sind die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Beförderung sowie die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und Kostenanteile nach dem SGB V im Rahmen einer Doppelversicherung nicht zuschussfähig (vgl. TS 1.1).

Zu den anerkannten Behandlungskosten (ärztliche Behandlung, Arzneimittel und ärztlich verordnete Heilbehandlungen nach Tarifstelle 5) werden von der KVB tarifgemäße Zuschüsse nach den Tarifstellen 2, 4 und 5 gezahlt. Zu Pauschalrechnungen, Quittungen oder Bescheinigungen, die nicht entsprechend den Bestimmungen der einzelnen Tarifstellen spezifiziert sind, werden keine Zuschüsse gezahlt (vgl. TS 1.15).

Weitere Informationen

Sie finden diese Informationen auch im Internet unter www.kvb.bund.de. Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über tarifliche Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen zur stationären Rehabilitationsmaßnahme, Heilkur und Anschlussheilbehandlung steht Ihnen die KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation unter Tel. (069) 24703 386, über E-Mail an reha@kvb.bund.de oder Fax: (069) 24703 380 gerne zur Verfügung.

Bei Fragen zur Bezuschussung einer ambulanten Rehabilitation, wie ambulanter Rehabilitationssport und erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), wenden Sie sich bitte an Ihre KVB-Bezirksleitung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zu Mutter/Vater-Kind-Kuren und familienorientierten Rehabilitationsmaßnahmen



Allgemeines

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) leistet für ihre Mitglieder und mitversicherte Angehörige zu den Aufwendungen einer von der KVB genehmigten Mutter/Vater-Kind-Kur und familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme Zuschüsse gemäß Satzung und Tarif. Die Ansprüche richten sich nach den „Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren“ (Anlage 1 zum Tarif der KVB) und den Tarifstellen 8.9 bis 8.12. Die Rehabilitationsmaßnahme muss grundsätzlich vor Antritt von der KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation beantragt und genehmigt worden sein. Eine Genehmigung erfolgt für eine Behandlungsdauer von drei Wochen. Eine Mutter/Vater-Kind-Kur kann nicht verlängert werden.

Die Mutter/Vater-Kind-Kur und die familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme sind stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Bei Genehmigung der beantragten Rehabilitationsmaßnahme gibt die KVB einer medizinisch geeigneten Rehabilitationseinrichtung im Inland einen Behandlungsauftrag. Die Rehabilitationseinrichtung muss bei einer Mutter/Vater-Kind-Kur einen Versorgungsvertrag nach § 111a Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V) haben und bei einer familienorientierten Rehabilitation einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 SGB V.

Besteht ein Anspruch auf Leistungen bei einem anderen Leistungsträger, z.B. bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung, ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen. Anspruchsberechtigte Kinder haben jedoch ein Wahlrecht. Wenn ein Anspruch auf Leistungen (Beihilfe) bei einem anderen Dienstherrn als dem BEV besteht, ist die Leistung beim Dienstherrn und nicht bei der KVB zu beantragen.

Rehabilitationsanträge, für welche die KVB zuständig sind, senden Sie bitte an die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation, Postfach 20 02 53 in 60606 Frankfurt am Main.

Die aktuellen Anträge, den Reha-Befundbericht, Merkblätter wie die „Hinweise zum Rehabilitationsantrag“ und weitergehende Informationen finden Sie im Internetauftritt der KVB unter <http://www.kvb.bund.de>. Die Antragsformulare stehen dort auch als beschreibbare Formulare zur Verfügung, das Sie anschließend ausdrucken können.

Mutter/Vater-Kind-Kur

Die Mutter/Vater-Kind-Kur ist eine Rehabilitationsmaßnahme für rehabilitationsbedürftige Mütter oder Väter, die ein oder mehrere minderjährige Kinder versorgen müssen. Daneben können auch ein oder mehrere Kinder behandlungsbedürftig sein.

In der Regel besteht die Möglichkeit zur Mitaufnahme für Kinder bis 12 Jahre. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen. Sollte nur das Kind behandlungsbedürftig sein, kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für das Kind beantragt werden.

Möglicherweise soll bei einer Mutter/Vater-Kind-Kur ein Kind mit in die Einrichtung aufgenommen werden, obwohl dieses nicht behandlungsbedürftig ist. Für ein solches „Begleitkind“ müssen die Aufwendungen bereits mit dem Rehabilitationsantrag des Elternteils beantragt

werden. Die Aufwendungen für ein Begleitkind sind neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater zuschussfähig, wenn die Einbeziehung des Kindes bzw. der Kinder für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme Voraussetzung ist.

Die Mutter/Vater-Kind-Kur wird mit dem **Rehabilitationsantrag** der KVB beantragt. Für jede behandlungsbedürftige Person ist jeweils ein gesonderter Rehabilitationsantrag zu stellen. Im Rehabilitationsantrag sollte bereits die gewünschte Rehabilitationseinrichtung vorgeschlagen werden.

Ihr Arzt muss die Mutter/Vater-Kind-Kur für medizinisch notwendig erachten. Im laufenden und in den drei vorangegangenen Kalenderjahren dürfen keine Heilkur oder stationäre Rehabilitation (Ausnahmen: familienorientierte Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung) durchgeführt worden sein. Der erforderliche **Reha-Befundbericht** soll vom behandelnden Arzt anhand bereits erhobener Befunde und vorliegender Berichte ohne zusätzliche Untersuchung erstellt werden. Sie müssen im Reha-Befundbericht die Zustimmung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, zur Übermittlung personenbezogener Daten sowie zur Verarbeitung der Daten erklären.

Wenn der Rehabilitationsantrag und der Reha-Befundbericht vorliegen, beauftragt die KVB eine gutachterliche Stellungnahme. Nach Eingang der Stellungnahme genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den Rehabilitationsantrag oder lehnt ihn ab. In dem Genehmigungsschreiben wird die bewilligte Leistung erläutert. Die von der KVB mit der Behandlung beauftragte Rehabilitationseinrichtung wird den Aufnahmetag mit den Patienten vereinbaren.

Familienorientierte Rehabilitation

Die familienorientierte Rehabilitation soll den Familienmitgliedern bei schweren chronischen Erkrankungen eines Kindes (insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose), nach Herzoperation oder nach Organtransplantation eines Kindes die Teilnahme an der Rehabilitation ermöglichen. Die Behandlung des erkrankten Kindes soll weitergeführt und die Angehörigen des kranken Kindes (Eltern und/oder Geschwister) in die Rehabilitation einbezogen werden.

Für jedes Familienmitglied, das an der Maßnahme teilnehmen soll, ist ein eigener **Rehabilitationsantrag** zu stellen. Bitte senden Sie uns die Rehabilitationsanträge zusammen mit der **ärztlichen Verordnung** für das kranke Kind zu.

Wenn der Rehabilitationsantrag und die erforderlichen Befundunterlagen vorliegen, genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den Rehabilitationsantrag oder lehnt ihn ab. In dem Genehmigungsschreiben wird die bewilligte Leistung erläutert. Die von der KVB mit der Behandlung beauftragte Rehabilitationseinrichtung wird den Aufnahmetag mit den Patienten vereinbaren.

Kostenzusage und Abrechnung der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme

Mit der Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme gibt die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation der Rehabilitationseinrichtung je genehmigten Patienten eine Kostenzusage. Diese beinhaltet den vollpauschalierten Tagespflegesatz der Rehabilitationseinrich-

tung, welcher alle notwendigen Aufwendungen abdeckt (Unterkunft, Verpflegung, Arzt, Laborkosten, Anwendungen und Kurtaxe). Wahlleistungen, wie z.B. die besondere Unterbringung und/oder Chefarztbehandlung, werden nicht bezuschusst.

Nachdem die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde, rechnet die Rehabilitationseinrichtung die Behandlungskosten direkt mit der KVB ab. Die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation erstellt danach dem Antragsteller ein Abrechnungsschreiben je Patient. KVB-Mitglieder mit Anspruch auf die vollen Tarifleistungen erhalten einen tariflichen Zuschuss in Höhe von 85% der anerkannten Aufwendungen (**keine Vollkostenerstattung**). Die restlichen 15% sind der sogenannte Eigenbehalt. Dies ist der durch die Tarifleistungen nicht gedeckte Kostenanteil, der in jedem Fall und unabhängig von einer eventuellen Freistellung nach Tarifstelle 1.20 und 1.21 (Härtefallregelung) vom Antragsteller zu zahlen ist.

Ein Zuschuss zu den Fahrtkosten (einschl. der Gepäckbeförderung) kann innerhalb eines Jahres schriftlich bei der KVB-Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation beantragt werden. Die anerkannten Fahrtkosten anlässlich einer stationären Rehabilitationsmaßnahme entnehmen Sie bitte den „Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren“ (Anlage 1 zum Tarif der KVB). Der tarifliche Zuschuss beträgt 85%. Damit hat der Antragsteller auch einen Eigenbehalt von 15% der anerkannten Fahrtkosten selbst zu tragen.

Das nachfolgende Beispiel mit Stand 02/2021 verdeutlicht das Abrechnungsverfahren:

Es wird für eine Mutter und ein Begleitkind ein **21-tägiger Aufenthalt (Mutter-Kind-Kur) im Haus Möwennest** des Eisenbahnwaisenhortes in 17454 Zinnowitz auf der Insel Usedom bewilligt.

Die Abrechnung sieht folgendermaßen aus:

Mutter: vollpauschalierter Pflegesatz pro Tag 21 Tage x 76,92 € = 1.615,32 €	Begleitkind (nicht behandlungsbedürftig): vollpauschalierter Pflegesatz pro Tag 21 Tage x 72,14 € = 1.514,94 €
Summe: 3.130,26 €	

Bei einem KVB Mitglied mit Anspruch auf die vollen Tarifleistungen werden 85% der anerkannten Kosten als Zuschuss gewährt. Der 15% Eigenbehalt beträgt für beide Personen somit zusammen **469,54 €**

Die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation fordert diesen Eigenbehalt vom Antragsteller an.

Weitere Informationen

Sie finden diese Tarifinformationen auch im Internet unter www.kvb.bund.de. Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über tarifliche Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen steht Ihnen die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation unter Tel. (069) 24703 386, über E-Mail an reha@kvb.bund.de oder Fax: (069) 24703 380 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Informationen zu den Aufwendungen für Familien-, Haushaltshilfe und Hauspflege bei Geburten nach Tarifstelle 11

Voraussetzungen

Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind unter folgenden Voraussetzungen zuschussfähig:

- Das sonst den Haushalt führende Mitglied oder ein den Haushalt führender mitversicherter Familienangehöriger kann wegen außerhäuslicher Unterbringung (z.B. Krankenhausaufenthalt) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiter führen.
- Im Haushalt muss mindestens ein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind unter zwölf Jahren leben oder das KVB Mitglied selbst oder ein im Haushalt lebender **mitversicherter** Angehöriger muss wegen Krankheit pflegebedürftig sein. Die Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Notwendigkeit einer Haushaltshilfe sind durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.
- Es kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Eine außerhäusliche Unterbringung in vorstehendem Sinn liegt nur vor bei:

1. stationärer Krankenhausbehandlung, auch stationäre Entbindung,
2. notwendiger auswärtiger ambulanter Behandlung, die eine außerhäusliche Übernachtung erforderlich macht,
3. genehmigter stationärer Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung oder Heilkur,
4. stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung bei dauernder Pflegebedürftigkeit,
5. Komplextherapie und integrierte Versorgung, die eine außerhäusliche Übernachtung erforderlich macht,
6. stationärer Versorgung in Hospizen.

Diese Voraussetzungen sind auch dann als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird. Entsprechendes gilt für Alleinstehende.

Art und Dauer zuschussfähiger Leistungen

- Bei stationärer Behandlung für die Dauer des stationären Aufenthalts.
- Nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung bis zu 28 Tagen bei:
 1. schwerer Krankheit oder
 2. akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung.
- Im Todesfall werden Zuschüsse 6 Monate gezahlt, in Ausnahmefällen 12 Monate.

- Bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung für den Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tag der Geburt.

Höhe des Zuschusses

Familien- und Haushaltshilfe:

Aufwendungen im Sinne des § 38 SGB V (Familien- und Haushaltshilfe) sind pro Stunde in Höhe von 0,32% der gemäß § 18 SGB IV festgelegten monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro, zuschussfähig. Die Bezugsgröße der Sozialversicherung ist eine Rechengröße, die vom Bundeskabinett jährlich beschlossen wird. Sie stellt den Ausgangswert für die Berechnung von Leistungen und Einkommensgrenzen in der Sozialversicherung dar. Der Zuschuss beträgt 80% aus diesem jährlich neu festgesetzten Stundensatz.

Beispiel für die Berechnung:

Die monatliche Bezugsgröße beträgt aktuell (Stand 01.01.2021) 3.290,00 €, davon 0,32% = 10,53 €, aufgerundet auf volle Euro = 11,00 €/Stunde.

Die aktuellen Werte finden Sie im Internet unter www.kvb.bund.de (Krankenversicherung/Allgemein) oder können Sie telefonisch bei Ihrer KVB-Bezirksleitung erfragen.

In den Fällen, wo Personen als Familien- und Haushaltshilfe eingesetzt werden, die mit der GKV Verträge als Familien- Haushaltshilfe abgeschlossen haben, gelten diese vertraglich vereinbarten Sätze.

Nach den Bestimmungen der Tarifstelle 1.20.1 des KVB-Tarifs werden von den Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe 10% der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten pro Kalendertag als Eigenanteil in Abzug gebracht.

Hauspflege bei Geburten:

80% der zuschussfähigen Aufwendungen, höchstens jedoch die Kosten für eine Pflegefachkraft nach TS 5.

Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder

Wird die Familien- und Haushaltshilfe bzw. Hauspflege bei Geburten durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kindern durchgeführt, sind nur zuschussfähig:

1. Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten und
2. eine Vergütung der infolge der Familien- und Haushaltshilfe / Hauspflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte bis zur nach TS 11.1 bzw. TS 11.6 bestimmten Höhe.

Fahrtkosten

Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten sind in Höhe der Reisekostenvergütung nach den §§ 3, 4 und 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes zuschussfähig. (Stand 01.10.2020: 0,20 € je gefahrenen Kilometer, höchstens 130 € bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges).

Unterbringung in einem Heim oder fremden Haushalt

Werden anstelle der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige Personen vorübergehend in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zur nach TS 11.1 bestimmten Höhe zuschussfähig.

Antrag auf Leistungen

Bitte beantragen Sie Zuschüsse für Aufwendungen vorgenannter Art wie üblich mit KVB-Erstattungsantrag unter Beigabe der vollständig ausgefüllten „Anlage zum Erstattungsantrag für Leistungen nach TS 11“ sowie der Rechnungen bzw. Fahrkarten / Verdienstaussfallbescheinigung.

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Bundeseisenbahnvermögen

Richtlinien

für die Gewährung von Zuschüssen

zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(BEV-RiPfl)

Gültig ab 01.01.2021

Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ (BEV-RiPfl)

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

Berichtigungen

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekanntgegeben durch	Gültig vom_____an	Berichtigt am_____durch
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- Inhaltsverzeichnis -

Ziffer	Inhalt	Seite
1	ALLGEMEINES	6
2	ANSPRUCHSBERECHTIGTE PERSONEN	7
3	BEAMTINNEN UND BEAMTE IM AUSLAND	8
4	BERÜCKSICHTIGUNGSFÄHIGE PERSONEN	8
5	AUSSCHLÜSSE UND LEISTUNGSBEGRENZUNGEN	9
5.1	Eigener Fürsorgeanspruch und Zusammentreffen mehrerer Anspruchsberechtigungen	9
5.2	Ausschluss der Zuschussfähigkeit	11
5.3	Ersatz- und Entschädigungsansprüche	11
5.4	Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen	12
5.5	Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch (SGB)	13
6	ZUSCHUSSFÄHIGE AUFWENDUNGEN IN PFLEGEFÄLLEN	14
6.1	Grundsatz	14
6.2	Leistungsvoraussetzungen	15
6.3	Aufwendungen und Leistungen im Ausland	17
6.4	Häusliche Pflegehilfe	18
6.5	Pflegegeld	20
6.6	Kombination aus Leistungen für Häusliche Pflegehilfe und Pflegegeld	21
6.7	Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	23
6.8	Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI	23
6.9	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, Verbrauchshilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	23
6.10	Teilstationäre Pflege	24

6.11	Kurzzeitpflege.....	25
6.12	Vollstationäre Pflege	26
6.13	Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen.....	29
6.14	Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege.....	30
6.15	Ambulant betreute Wohngruppen.....	30
6.16	Aufwendungen bei Pflegegrad 1	30
6.17	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	31
6.18	Leistungen nach Pflegezeitgesetz (PflegeZG)	31
6.19	Palliativversorgung	32
7	BEMESSUNG DES ZUSCHUSSES.....	33
8	BEGRENZUNG DER ZUSCHÜSSE	34
9	ZAHLUNG DER ZUSCHÜSSE.....	35
9.1	Zuständigkeit und Verfahren.....	35
9.2	Beginn der Zuschussgewährung und Begutachtung	36
9.3	Besonderheiten zum Verfahren (Belege, Abschlagszahlung, Rückforderung, Überweisung)	37
9.4	Fristen.....	37
9.5	Überleitung der Ansprüche	38
10	ZUSCHUSSBESCHEID UND RECHTSBEHELFF	39
11	ÜBERGANGS- UND SCHLUSSVORSCHRIFTEN.....	39

- Abkürzungsverzeichnis -

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

1 ALLGEMEINES

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

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

Hinweise:

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

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

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

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

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

Hinweise:

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

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

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

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

2 ANSPRUCHSBERECHTIGTE PERSONEN

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

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

am 31.12.1993 einen Fürsorgeanspruch gegenüber der Deutschen Bundesbahn hatte.

Hinweis:

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

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

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

Der Anspruch auf die Fürsorgeleistung bleibt bei Urlaub ohne Bezüge nach § 17 Abs. 3 Sonderurlaubsverordnung (SUrlV) von längstens einem Monat unberührt.

Hinweise:

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

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

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

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

- ohne Dienstbezüge nach § 92 Abs. 1 i.V.m. Abs. 5 BBG beurlaubt sind, soweit sie nicht berücksichtigungsfähige Angehörige anderer Beihilfeberechtigter sind oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) haben,
- ohne Dienstbezüge gemäß Verfügung des Vorstandes der DB - 15A.151 Uw 263 - vom 03.01.1963 unter Beibehaltung des Fürsorgeanspruchs beurlaubt sind.

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

2.5 Nicht anspruchsberechtigt sind:

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

3 BEAMTINNEN UND BEAMTE IM AUSLAND

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

4 BERÜCKSICHTIGUNGSFÄHIGE PERSONEN

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

Hinweise:

1. *Bei berücksichtigungsfähigen Personen, ist Ziffer 6.2 zu beachten.*

2. *Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Anspruchsberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Zuschüsse an die Person zu gewähren, bei der die Betreffenden bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähig waren; dies gilt nicht bei Witwen, Witwern und Waisen.*

3. *Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von anspruchsberechtigten Personen sind immer berücksichtigungsfähige Personen, aber Aufwendungen sind nur dann zuschussfähig, wenn keine wirtschaftliche Selbständigkeit (siehe Ziffer 6.2) vorliegt.*

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

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

Befinden sich Kinder nach Vollendung des 25. Lebensjahres noch in Schul- oder Berufsausbildung, sind sie weiter berücksichtigungsfähig, wenn die Ausbildung durch einen freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes unterbrochen oder verzögert worden ist. Die Dauer der weiteren Berücksichtigungsfähigkeit entspricht der Dauer des abgeleisteten Dienstes, insgesamt höchstens zwölf Monate.

Hinweise:

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

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

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

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

4.3 Angehörige anspruchsberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

5 AUSSCHLÜSSE UND LEISTUNGSBEGRENZUNGEN

5.1 Eigener Fürsorgeanspruch und Zusammentreffen mehrerer Anspruchsberechtigungen

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

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

aus.

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

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

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

Hinweise:

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

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

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

1. der Anspruchsberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs und
2. der Berücksichtigungsfähigkeit nach Ziffer 4

vor.

Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt die bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Anspruchsberechtigung dar.

Hinweise:

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Ausschluss der Zuschussfähigkeit

Nicht zuschussfähig sind die Aufwendungen

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

5.3 Ersatz- und Entschädigungsansprüche

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

In diesen Fällen kann jedoch ein Vorschuss bis zur Höhe des durch das BEV zu zahlenden Zuschusses gezahlt werden, sofern der Ersatzanspruch in entsprechender Höhe vorher schriftlich an das BEV abgetreten und Ersatzpflichtige hiervon sofort verständigt werden. Lehnen

die anspruchsberechtigten Personen dies ab, so werden Leistungen nicht vorschussweise gewährt; bereits gezahlte Beträge sind zurückzuzahlen.

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

Hinweis:

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

Der Anspruchsübergang unterbleibt bei Schadenersatzansprüchen, die sich gegen einen mit der oder dem Verletzten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen richten. Da es sich um einen gesetzlichen Forderungsübergang handelt, bedarf es für seine Wirksamkeit keiner Abtretung oder anderen Rechtshandlung. Der Übergang erfolgt kraft Gesetzes und grundsätzlich im Zeitpunkt des Schadensereignisses. Soweit der Anspruch auf den Dienstherrn übergegangen ist, kann der Verletzte nicht mehr, z.B. durch Vergleich, darüber verfügen. Bei vertraglichen Schadenersatzansprüchen, insbesondere aus einem Behandlungsvertrag mit dem Arzt, ergibt sich der gesetzliche Forderungsübergang aus den parallel bestehenden gesetzlichen Schadenersatzansprüchen. Soweit Schadenersatzansprüche ausnahmsweise nicht nach § 76 BBG erfasst werden und nicht auf den Dienstherrn übergehen, sind Aufwendungen in dem Umfang nicht zuschussfähig, wie der anspruchsberechtigten Person ein Ersatzanspruch gegen Dritte zusteht. Ein Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber dem Jugendamt nach § 40 SGB VIII ist gegenüber Ansprüchen nach den BEV-RiPfl nachrangig (§ 10 Abs. 1 SGB VIII, VG Berlin vom 21.08.2008, VG 36 A 185.06) und deshalb nicht als Ersatzanspruch nach Ziffer 5.3 von den Aufwendungen abzuziehen.

5.4 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

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

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

Dies gilt nicht für

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

Hinweis:

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

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

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

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

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

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

5.5 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch (SGB)

Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Zuschüsse nach diesen Richtlinien gewährt werden, an Vorschriften des SGB V anlehnen, setzt die Zuschussfähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind. Wird in diesen Richtlinien auf Vorschriften des SGB V verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91

SGB V, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 78 BBG an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren.

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

6 ZUSCHUSSFÄHIGE AUFWENDUNGEN IN PFLEGEFÄLLEN

6.1 Grundsatz

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

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

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

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

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

Hinweise:

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

2. Aufwendungen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden durch das BEV in Höhe der zwischen dem BMI und der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH vertraglich verein-

barten Pauschale getragen. Personen, die eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen, müssen diese nach § 7a SGB XI kostenfrei erhalten. Insofern können diese Aufwendungen von der Pflegeberatungsstelle nicht den Anspruchsberechtigten beziehungsweise den berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Rechnung gestellt werden.

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

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

6.2 Leistungsvoraussetzungen

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

Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Personen nach Ziffer 4.1 sind zuschussfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Verbindung mit Abs. 5 des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, sind Aufwendungen von Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner unter Vorbehalt bereits im laufenden Jahr zuschussfähig. Die von den Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner der anspruchsberechtigten Personen nach Ziffer 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides oder, wenn dieser nicht vorliegt, durch andere geeignete Unterlagen nachzuweisen. Weist der Steuerbescheid den Gesamtbetrag der Einkünfte nicht vollständig aus, können andere Nachweise gefordert werden. Der Betrag nach Satz 1 wird regelmäßig, im gleichen Verhältnis wie sich der Rentenwert West auf Grund der Rentenwertbestimmungsverordnung erhöht, angepasst und auf glatten Eurobetrag abgerundet. Die Anpassung erfolgt mit Wirkung für das auf das Inkrafttreten der Rentenwertbestimmungsverordnung folgende Kalenderjahr und ist erstmalig für die Beantragung der Beihilfe im Jahr 2024 zu Grunde zu legen.

Hinweise:

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

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

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

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

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

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

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

5. Bei Prüfung des Einkommens berücksichtigungsfähiger Personen wird immer auf den Zeitpunkt der Antragstellung abgestellt, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen entstanden sind. Dadurch ist ein Schieben der entstandenen Aufwendungen in das Folgejahr möglich. Die Ausschlussfrist nach Ziffer 9.4 ist zu beachten.

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

7. Die Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:

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

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

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

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

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

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

6.3 Aufwendungen und Leistungen im Ausland

Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind zuschussfähig, wenn es sich um Aufwendungen nach Ziffer 6.4

bis 6.17 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie im Inland entstanden und zuschussfähig wären.

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

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

Hinweise:

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

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

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

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

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

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

6.4 Häusliche Pflegehilfe

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

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

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

1. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

689,00 €

2. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 3 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

1.298,00 €

3. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

1.612,00 €

4. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 5 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

1.995,00 €

Hinweise:

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

2. Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die

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

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

6.5 Pflegegeld

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

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

1. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2

316,00 €

2. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 3

545,00 €

3. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4

728,00 €

4. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 5

901,00 €

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

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

Zuschüsse werden auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Abs. 3 SGB XI gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die PPV oder SPV besteht. § 37 Abs. 4 Satz 1 SGB XI bleibt unberührt. Der Umfang der anteiligen Zuschussleistungen bestimmt sich entsprechend § 37 Abs. 3 SGB XI. § 37 Abs. 6 SGB XI gilt entsprechend.

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

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

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

Hinweise:

1. *Andere als in Ziffer 6.4 genannte Pflegekräfte sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig eine pflegebedürftige Person in seiner häuslichen Umgebung pflegen.*
2. *Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, der stationären Rehabilitation (ggf. nach den Tarifbestimmungen des KVB-Tarifs) oder der stationären Pflege nach Ziffer 6.12 oder 6.13 geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird der Pauschalzuschuss anteilig nicht gewährt. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder stationären Rehabilitation. Bei anspruchsberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII Anwendung findet, wird der Pauschalzuschuss oder anteilige Pauschalzuschuss auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gewährt.*
3. *Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind z.B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG und § 34 BeamtVG, nicht hingegen Leistungen nach § 64 SGB XII (Pflegegeld durch einen Träger der Sozialhilfe). Sozialeleistungen nach dem SGB XII sind nachrangig gegenüber sonstigen zustehenden Leistungen (§ 2 Abs. 1 SGB XII). Die Zuschussgewährung nach diesen Richtlinien darf nicht mit Hinweis auf Leistungen nach SGB XII versagt werden (§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB XII).*
4. *Hinsichtlich einer Abschlagszahlung siehe Ziffer 9.3.1.*

6.6 Kombination aus Leistungen für Häusliche Pflegehilfe und Pflegegeld

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

Hinweise:

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

Beispiele zu Kombinationsleistungen:

- 1.1 *Ein in der PPV versicherter Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (649,00 € von 1.298,00 €) und das Pflegegeld (272,50 € von 545,00 €) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.*

a) Leistungen der PPV

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 % von 649,00 €	= 194,70 €
- zum Pflegegeld 30 % von 272,50 €	= <u>81,75 €</u>
Gesamt	= <u>276,45 €</u>

b) Fürsorgeleistungen des BEV (Zuschuss)

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 % von 649,00 €	= 454,30 €
- Pauschalzuschuss 272,50 € abzüglich 81,75 € der PPV	= <u>190,75 €</u>
Gesamt	= <u>645,05 €</u>

1.2 Ein in der SPV versicherte Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (649,00 € von 1.298,00 €) und das Pflegegeld (272,50 € von 545,00 €) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der SPV in diesem Fall 50 % von 272,50 € (vgl. Ziffer 7.2).

a) Leistungen der SPV

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 % von 649,00 €	= 324,50 €
- zum Pflegegeld 50 % von 272,50 €	= <u>136,25 €</u>
Gesamt	= <u>460,75 €</u>

b) Fürsorgeleistungen des BEV (Zuschuss)

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft in gleicher Höhe wie die Leistung der SPV (Ziffer 7.2)	= 324,50 €
- Pauschalzuschuss 50 % von 545,00 € = 272,50 € abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der SPV von 136,25 €	= <u>136,25 €</u>
Gesamt	= <u>460,75 €</u>

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

6.7 Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Bei Verhinderung der Pflegeperson gilt § 39 SGB XI entsprechend.

Hinweise:

- 1. Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt, die nicht erwerbsmäßig pflegt, darf der Zuschuss den Betrag des 1 ½ fachen Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach Ziffer 6.5 für längstens 6 Wochen im Kalenderjahr nicht überschreiten. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind (z.B. Fahrkosten oder Verdienstaussfall), übernommen werden. Die Zuschüsse dürfen insgesamt den Betrag von 1.612,00 € je Kalenderjahr nicht übersteigen. Die Zuschüsse können um bis zu 806,00 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418,00 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege angerechnet.*
- 2. Zuschüsse zu den Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die PPV oder SPV hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Art und Umfang der anteiligen Zuschüsse bestimmen sich nach § 39 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, werden Zuschüsse in gleicher Höhe gewährt.*

6.8 Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI

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

§ 45b SGB XI gilt entsprechend.

Hinweis:

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

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

6.9.1 Pflegehilfsmittel

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

Hinweis:

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

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

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

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

6.9.2 Technische Hilfen

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

6.9.3 Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

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

6.10 Teilstationäre Pflege

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

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

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

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

689,00 €

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

1.298,00 €

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

1.612,00 €

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

1.995,00 €

Hinweise:

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

6.11 Kurzzeitpflege

Bei Kurzzeitpflege gilt § 42 SGB XI entsprechend.

Die Pflegeaufwendungen sind im Rahmen der gültigen Pflegesätze bis zu

1.612,00 €

im Kalenderjahr zuschussfähig.

Hinweis:

Zuschüsse zu den Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege können gewährt werden, wenn die PPV oder SPV hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Zuschüsse zu den Aufwendungen können um bis zu 1.612,00 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224,00 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf die Zuschüsse für eine Verhinderungspflege angerechnet.

6.12 Vollstationäre Pflege

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

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

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

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

6.12.2 Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Ziffer 6.12.1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten sind auf besonderen Antrag beihilfefähig, soweit die Pflegeeinrichtung monatlich abrechnet und von den durchschnittlichen monatlichen Einnahmen nach Ziffer 6.12.3 nicht mindestens ein Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

1. 8 % des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede Anspruchsberechtigte, jeden Anspruchsberechtigten, jede berücksichtigungsfähige Angehörige, jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen, jede Ehegattin, jeden Ehegatten, jede Lebenspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach Ziffer 6.12.1 oder § 43 Absatz 1, 2 und 4 SGB XI besteht,
2. 30 % des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13, für eine Anspruchsberechtigte, einen Anspruchsberechtigten, eine Ehegattin, einen Ehegatten, eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die oder den **kein** Anspruch nach Ziffer 6.12.1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 SGB XI besteht,

3. 3 % des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das **kein** Anspruch nach Ziffer 6.12.1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 SGBXI besteht, und
4. 3 % des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die Anspruchsberechtigte oder den Anspruchsberechtigten.

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

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

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

Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass die aktuellen Einnahmen voraussichtlich wesentlich geringer sind als die im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten durchschnittlichen monatlichen Einnahmen, sind die

Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen. Hat die beihilfeberechtigte Person keine Einnahmen nach Satz 1 aus dem Kalenderjahr vor Antragstellung, werden die voraussichtlichen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde gelegt. Befinden sich verheiratete oder in einer Lebenspartnerschaft lebende Personen in vollstationärer Pflege und verstirbt die beihilfeberechtigte Person, sind die aktuellen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen, bis die Voraussetzungen nach Satz 3 nicht mehr vorliegen.

Hinweise:

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

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

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

4. *Bei vorübergehender Abwesenheit von pflegebedürftiger Person aus dem Pflegeheim sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für vollstationäre Pflege zuschussfähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. Das heißt, dass der Pflegesatz im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für die pflegebedürftige Person freizuhalten ist.*

Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte.

Dabei sind in den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 % der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzusehen.

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

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

7. In Fällen nach Ziffer 6.12.2 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 %.

Ein Zuschuss für Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten kann auch für pflichtversicherte Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner gewährt werden, sofern die Voraussetzungen nach Satz Ziffer 6.12.1 vorliegen.

8. Bei der Berechnung der Einnahmen bleiben unberücksichtigt:

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

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

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

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

Hinweis:

Pflegeeinrichtungen, bei denen Aufwendungen nach Ziffer 6.12 entstehen, erhalten unter den in Ziffer 6.12.4 genannten Voraussetzungen zusätzlich einen zuschussfähigen Betrag von 2.952,00 €. Der Betrag wird entsprechend § 30 SGB XI angepasst. Der gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn die pflegebedürftige Person innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird. Ob der zuschussfähige Betrag an die Pflegeeinrichtung gezahlt wird oder der Betrag von ihr zurückzuzahlen ist, richtet sich nach der Entscheidung der PPV bzw. der jeweiligen Pflegekasse der oder des Anspruchsberechtigten.

6.12.5 Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 43b SGB XI sind zuschussfähig.

Hinweis:

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

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

Zuschussfähig sind auch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am

Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen. Dies gilt auch für Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des SGB XI, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. § 43a SGB XI gilt entsprechend.

Hinweis:

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

6.14 Besitzstandschutz in der vollstationären Pflege

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

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

6.15 Ambulant betreute Wohngruppen

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

6.16 Aufwendungen bei Pflegegrad 1

Zuschüsse bei Pflegegrad 1 werden zu den folgenden Leistungen gewährt:

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

Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 SGB XI entstehen, kann der Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI in Höhe von 125 Euro monatlich in Anspruch genommen werden.

10. Bei vollstationärer Pflege sind gemäß § 43 Absatz 3 SGB XI monatlich 125 Euro zuschussfähig.

§ 28a SGB XI gilt entsprechend.

6.17 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

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

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

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

6.18 Leistungen nach Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

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

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

Hinweis:

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

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

6.19 Palliativversorgung

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

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

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

Hinweise:

- 1. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zu Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen. Dies gilt für eine Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen entsprechend.*
- 2. Die Aufwendungen der ambulanten Palliativversorgung sind bis zur Höhe entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V zuschussfähig. Dabei ist ausreichend, wenn der Leistungserbringer dies bestätigt. Für Anspruchsberechtigte nach Ziffer 3 und ihre berücksichtigungsfähige Angehörigen bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren.*
- 3. Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, d.h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der GKV abgeschlossen haben.*
- 4. In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist. In diesem Fall bestimmt sich die zuschussfähige „angemessene Vergütung“ an dem Betrag, den die GKV ih-*

rem Zuschuss zugrunde gelegt hat. Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der der GKV in Rechnung gestellten Vergütung.

7 BEMESSUNG DES ZUSCHUSSES

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

Der Bemessungssatz für die unter Ziffer 6 genannten Aufwendungen beträgt für

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

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

Hinweise:

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

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

Hinweise:

- 1. Nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Fürsorgeleistungen haben, die im*

Rahmen der SPV zustehenden Leistungen zur Hälfte. Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 % festgelegt. Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

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

7.3 Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung des Bemessungssatzes ausgeschlossen.

8 BEGRENZUNG DER ZUSCHÜSSE

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

Hinweise:

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

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

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

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

9 ZAHLUNG DER ZUSCHÜSSE

9.1 Zuständigkeit und Verfahren

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

KVB Bezirksleitungen in:

76135 Karlsruhe

34117 Kassel

48153 Münster

83026 Rosenheim

42119 Wuppertal

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

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

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

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

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

Hinweise:

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

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

2. *Die Bezirksleitung der KVB ist bei ihren Einzelfallentscheidungen an die BEV-RiPfl sowie an ergänzende Weisungen der KVB-HV bzw. der BEV-HV gebunden.*
3. *Unverzichtbar für die Zuschussbearbeitung sind persönliche Angaben zur Identifizierung der oder des Anspruchsberechtigten, Angaben zum Anspruch auf Bezüge und ggf. familienbezogene Zulagen (für die Prüfung der Anspruchsberechtigung und der Berücksichtigungsfähigkeit) und zu sonstigen Ansprüchen (z.B. aus Schadensersatzansprüchen bei Unfällen mit Ersatzpflicht Dritter).*
4. *Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden (vgl. Hinweis 2 zu Ziffer 4.2). Der eigenständige Fürsorgeanspruch der Halbwaise nach Ziffer 2.1 und 2.2 bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach Ziffer 4 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.*
5. *Zuschüsse werden nur zu Aufwendungen gewährt, die während des Bestehens einer Anspruchsberechtigung bzw. während der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige bzw. Angehöriger entstanden sind. Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Anspruchsberechtigung bzw. keine Berücksichtigungsfähigkeit mehr, sind Zuschüsse zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach Ziffer 6.1 und 6.2 erfüllt waren.*
6. *Die Zulassung der Antragstellung durch berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter schafft keine Anspruchsberechtigung; der Fürsorgeanspruch steht materiell unverändert der oder dem Anspruchsberechtigten zu. Eine unbillige Härte kann u.a. dann gegeben sein, wenn auf Grund des Getrenntlebens von Anspruchsberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen den berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Antragstellung durch die oder den Anspruchsberechtigten nicht zuzumuten ist. Das kann z.B. der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass die oder der Anspruchsberechtigte die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährten Zuschüsse nicht zweckentsprechend einsetzt.
Die oder der Anspruchsberechtigte sind vor einer Entscheidung anzuhören.*
7. *Eine gesetzliche Bestimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten ergibt sich z.B. aus den §§ 106, 108 und 111 des BBG. Aus diesen Richtlinien ergibt sich jedoch grundsätzlich keine Berechtigung oder Verpflichtung zur Weitergabe von Daten.*

9.2 Beginn der Zuschussgewährung und Begutachtung

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

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

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

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

Hinweis:

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

9.3.1 Der oder dem Anspruchsberechtigten können auf Antrag Abschlagszahlungen geleistet werden

Hinweis:

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

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

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

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

9.4 Fristen

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

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

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

Hinweise:

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

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

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

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

9.5 Überleitung der Ansprüche

Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII, § 141 SGB IX oder § 27g BVG einen Zuschussanspruch geltend machen. Der Anspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er Anspruchsberechtigten zusteht, auf den Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge über. Eine Überleitung nach § 93 SGB XII, § 141 SGB IX oder § 27g BVG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für Anspruchsberechtigte selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für nicht getrennt lebende Ehegattinnen oder Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner oder für berücksichtigungsfähige Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) der oder des Anspruchsberechtigten entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.

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

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

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

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

Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Trägers der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die

Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Ziffer 9.4.1) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

10 ZUSCHUSSBESCHIED UND RECHTSBEHELFF

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

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

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

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

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

Hinweise:

1. *Erheben Anspruchsberechtigte gegen einen Zuschussbescheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung (GPV) anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der GPV auszusetzen; sodann ist unter Berücksichtigung der rechtskräftigen Feststellung der GPV über den Widerspruch zu entscheiden.*

2. *Für Rechtsstreitigkeiten in Angelegenheiten nach dem SGB XI siehe Hinweis 4 zu Ziffer 6.2.*

11 ÜBERGANGS- UND SCHLUSSVORSCHRIFTEN

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

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

Hinweise:

1. *Diese Richtlinien gelten nur für Aufwendungen, die nach dem Inkrafttreten entstanden sind. Auf alle Aufwendungen, die bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien entstanden sind,*

sind die bisherigen Regelungen weiterhin anzuwenden. Das kann dazu führen, dass ggf. die in einer Rechnung zusammengefassten Aufwendungen aufgeteilt werden müssen. Nach bisherigem Recht erteilte Bewilligungen gelten fort.