

Änderung des Tarifs der KVB (Nachtrag 4)
gültig ab 01.04.2022
und
der Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“
des Bundeseisenbahnvermögens
gültig ab 01.01.2022

Sehr geehrtes Mitglied,

der Vorstand der KVB hat in seiner Sitzung im Januar 2022 Änderungen zum Tarif der KVB beschlossen.

Der **Nachtrag 4 zum Tarif** wird 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 ab dem 01.04.2022 folgende Änderungen / Ergänzungen:

Nachtrag 4 zum Tarif

- **Tarifstellen 1 und 4**
 - Anpassungen aus redaktionellen Gründen zu Apothekenpflichtigen Arzneimittel und Verbandmittel.
- **Tarifstelle 2**
 - Klarstellung bezüglich der (Nicht-) Genehmigungspflicht bei Psychotherapeutischer Akutbehandlung.
- **Tarifstelle 5**
 - Anpassung der Bestimmungen der Tarifstelle 5.7 für Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5,
 - Anhebung der Höchstsätze für Heilmittel nach der Leistungstafel Tarifstelle 5.
- **Tarifstelle 8**
 - Aufnahme der Übergangspflege im Krankenhaus als TS 8.8 in den Tarif.
- **Tarifstelle 11**
 - redaktionelle Anpassung der Leistungstafel zur TS 11.

Die Informationsblätter

- zu Psychotherapie (T 2.3)
- zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen (T 2.4)
- zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln (T 4.2)

wurden neu aufgelegt.

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

Der Kurzwegweiser „Satzung, Tarif, Krankenversorgung“ für die Krankenversorgung und der Kurzwegweiser „Pflege“ für die Pflegeversicherung wurden zum 01.04.2022 neu aufgelegt. Als Broschüre im handlichen DIN-A 5-Format geben Ihnen die Kurzwegweiser einen Überblick über die wichtigsten Sachverhalte der jeweils geltenden Leistungsregelungen.

Wenn Sie bisher bereits die Kurzwegweiser zu den Leistungen der Krankenversorgung und/oder der Pflege dauerhaft bestellt haben, ist die jeweilige neue Ausgabe zum 01.04.2022 dieser Lieferung automatisch beigelegt.

Sie haben Satzung und Tarif als persönliches Druckstück bestellt und erhalten daher als Anlage zu unserem Schreiben vom März 2022 den Nachtrag 4 zum Tarif und die Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ des Bundeseisenbahnvermögens in gedruckter Form mit Austauschseiten.

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

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

Austauschseiten:

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

Satzung im Ordner unter Register Nummer 1 (Austausch aus redaktionellen Gründen)

9 bis 10	1	9 bis 10	1
13 bis 14	1	13 bis 14	1
53 bis 54	1	53 bis 54	1

Tarif im Ordner unter Register Nummer 2

1 bis 2	1	1 bis 2	1
9 bis 10	1	9 bis 10	1
13 bis 14	1	13 bis 14	1
21 bis 22	1	21 bis 22	1
35 bis 58	12	35 bis 58	13
79 bis 84	3	79 bis 84	3
95 bis 102	4	95 bis 102	4

Informationsblätter im Ordner unter Register Nummer 4*

5	5
---	---

Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ im Ordner unter Register Nummer 5

1 bis 40	20	1 bis 40	20
----------	----	----------	----

Anzahl Blatt gesamt	Anzahl Blatt gesamt
51	52

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

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

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

- T 2.3 - Informationen zu Psychotherapie
- T 2.4 - Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen
- T 4.2 - Informationen zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln

Nachfolgend

Austauschblätter zu Satzung und Tarif

Konstituierende Sitzung

4 - Der Vorsitzende des BesHPR beruft im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des HPR und der Präsidentin des BEV nach der Wahl der Mitgliedervertreter die Vertreterversammlung unter Angabe der Tagesordnung zur konstituierenden Sitzung ein und führt den Vorsitz bis zur Wahl des Vorsitzenden der Vertreterversammlung.

Die Tagesordnung muss folgende Punkte enthalten:

- a) Wahl des Vorsitzenden und
- b) des stellvertretenden Vorsitzenden.

Vorsitzender, Stellvertreter

5 - Die Wahl des Vorsitzenden und des Stellvertreters erfolgt mit einfacher Stimmenmehrheit. Der Vorsitzende und der Stellvertreter müssen jeweils ein Vertreter des BEV und ein Mitgliedervertreter sein. Der Vorsitz in der Vertreterversammlung wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorausgegangenen Wahl der Mitgliedervertreter.

Der Vorsitzende und sein Stellvertreter können jeweils nicht gleichzeitig dem Vorstand angehören.

Sitzungen

6 - Nach der konstituierenden Sitzung tritt die Vertreterversammlung nach Bedarf, mindestens jedoch einmal im Jahr zusammen. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung setzt Ort und Zeit der Vertreterversammlung und die Tagesordnung fest. An den Sitzungen der Vertreterversammlung nimmt jeweils ein Mitglied der Geschäftsführung des HPR und des BesHPR mit beratender Stimme teil.

Die Sitzungen der Vertreterversammlung können aus wichtigem Grund, unvorhergesehenen und außergewöhnlichen Umständen in Form einer Video- oder Telefonkonferenz durchgeführt werden. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung.

Bekanntgabe

7 - Die Vertreterversammlung wird vom Vorsitzenden mindestens vier Wochen vor dem Tag der Versammlung schriftlich einberufen. Der Einladung sind die vorläufige Tagesordnung und die erforderlichen Unterlagen beizufügen.

Außerordentliche Sitzung

8 - Zu einer außerordentlichen Sitzung beruft der Vorsitzende die Vertreterversammlung mit einer Frist von mindestens 2 Wochen unter Mitteilung der Tagesordnung ein, wenn dies schriftlich unter Angabe der Gründe beantragt wird

- a) vom BMVI,
- b) von der Präsidentin des BEV,
- c) vom HPR,
- d) vom BesHPR,
- e) vom Vorstand der KVB,
- f) von mindestens der Hälfte der Mitgliedervertreter.

Vorstandsmitglieder

9 - Die Vorstandsmitglieder und der Hauptgeschäftsführer nehmen an der Vertreterversammlung beratend teil.

Beschlussfähigkeit

10 -Die Vertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn sie ordnungsgemäß einberufen ist und wenn der Vertreter des BEV und mindestens zwei Drittel der Mitgliedervertreter anwesend sind.

Mitglieder der Vertreterversammlung, die bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinne von Absatz 6 in Form einer Video- oder Telefonkonferenz an einer Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend.

Bei Beschlussunfähigkeit sind die Mitglieder der Vertreterversammlung mit einer Frist von mindestens 14 Tagen zu einer weiteren Sitzung einzuladen. In der weiteren Sitzung kann auch dann beschlossen werden, wenn Beschlussfähigkeit nach Absatz 10 Satz 1 nicht vorliegt und in der Einladung zu der weiteren Sitzung hierauf hingewiesen worden ist.

Stimmen

11 -Der Vertreter des BEV verfügt über ebenso viele Stimmen wie die anwesenden Mitgliedervertreter zusammen.

Beschlüsse

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

Folgt die Ablehnung eines Antrags daraus, dass die Mitgliedervertreter insgesamt und der Vertreter des BEV jeweils gegensätzlich gestimmt haben oder dass sich die Mitglieder insgesamt oder der Vertreter des BEV der Abstimmung entziehen, so hat der Vorsitzende der Vertreterversammlung die Angelegenheit unverzüglich der Präsidentin des BEV zuzuleiten. Der HPR und der BesHPR sind darüber abschriftlich zu informieren. Die Präsidentin des BEV hat für die Angelegenheit - mitbestimmungspflichtig unter Beteiligung des HPR und des BesHPR gemäß § 79 Abs. 1 Nr. 4 BPersVG in Verbindung mit §§ 70 - 72 BPersVG - unverzüglich eine Entscheidung herbeizuführen.

Die Vertreterversammlung kann im schriftlichen Verfahren abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung.

Der Vorstand kann im schriftlichen Verfahren abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Vorstandes.

Erklärung

8 - Verpflichtende Erklärungen bedürfen der Schriftform.

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

Protokollnotiz:

1. Siehe Protokollnotiz zu § 4.

§ 7

Aufgaben des Vorstandes

Stellung

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

Zuständigkeit

2 - Der Vorstand beschließt insbesondere über

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

Ausschüsse

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

III. Geschäftsführung

§ 8

Hauptverwaltung

Geschäfte

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

Hauptgeschäftsführer

2 - Der Hauptgeschäftsführer leitet die KVB und vertritt die KVB in Geschäftsführungsangelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich.

Der Hauptgeschäftsführer und seine Stellvertreter werden von der Präsidentin des BEV unter Zustimmung des Vorstandes der KVB bestellt. Bei der Abberufung ist entsprechend zu verfahren. Die Zustimmung des Vorstandes entfällt bei Abberufung wegen Eintritts in den Ruhestand.

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

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

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

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

Erklärungen

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

Informationsblatt KVB-Beiträge ab dem 01. Januar 2022*

Mit mitversicherten Angehörigen		Ohne mitversicherte Angehörige	
Beitragsgruppe	Betrag Euro	Beitragsgruppe	Betrag Euro
1	174,80	51	116,60
2	186,10	52	124,10
3	191,00	53	127,40
4	205,70	54	137,20
5	220,40	55	147,00
6	235,10	56	156,80
7	249,80	57	166,60
8	264,50	58	176,40
9	279,10	59	186,20
10	293,80	60	196,00
11	308,50	61	205,80
12	323,20	62	215,60
13	337,90	63	225,40
14	352,60	64	235,20
15	367,30	65	245,00
16	382,00	66	254,80
17	421,20	67	281,00
		68	102,90

(*nicht Bestandteil der Satzung)

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

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

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

(*nicht Bestandteil der Satzung)



**Tarif
der
Krankenversorgung
der
Bundesbahnbeamten**

Gültig vom 1. Januar 2019 an

Benachrichtigung nach Art. 13 DSGVO:

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

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

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

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

Geschäftsführung: Hauptverwaltung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Verteilungsplan

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

Dieser Tarif ersetzt die Ausgabe vom 01.01.2009.

Berichtigungen

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekannt gegeben durch	Gültig vom _____ an	Berichtigt am durch
1	Nachtrag 1	01.01.2020	
2	Nachtrag 2	01.01.2021	
3	Nachtrag 3	01.04.2021	
4	Nachtrag 4	01.04.2022	

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 1.000 €, die in ausländischer Sprache verfasst sind, ist auf Kosten des Mitgliedes eine Übersetzung beizufügen. Bis 1.000 € ist eine kurze Erklärung des Mitglieds über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

Bescheinigungen, Gutachten

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

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

Darüber hinaus sind nach LT Nr. 01 100 zuschussfähig:

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

Tarifstellenübergreifende Leistungen (TS 1.15 - 1.29)

Nicht genehmigte Heilkur, stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung, kurähnliche Behandlung

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

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

Leistungen bei bestimmten Erkrankungen

1.16 - Zu den Aufwendungen für

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

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

Besuchsfahrten

1.18 - Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht zuschussfähig.

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

Dauernde Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

Eigenanteile / Abzugsbeträge

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

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

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

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

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

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 51,00 € 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. Eine Genehmigungspflicht besteht nicht.

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 oder Hypnose, nicht zuschussfähig.

Fortsetzung Seite 22.1

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

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

c) gesondert ausgewiesene Versandkosten.

4.3 - bleibt frei

Nahrungsergänzung und Sondennahrung

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

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

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

Wiederholter Bezug

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

Empfängnisregelnde Mittel

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

Leistungstafel

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

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 - Apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel, die 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 zuschussfähig, 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 zuschussfähig. 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. 05 613 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 01.01.2022 = 1.774,00 €) 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 5.1,
- 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.

S o n s t i g e s (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. 05 133 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 01. Januar 2011 in der jeweils gültigen Fassung.

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

Abweichend von TS 1.17 sind Fahrtkosten nicht zuschussfähig.

Soziotherapie

5.14 - Aufwendungen für eine Soziotherapie werden bezuschusst, wenn

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

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

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

Wegen Eigenanteilen / Zuzahlungen siehe TS 1.20.1.

Kommunikationshilfen

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

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

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

Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 113	Inhalationen¹⁾	80% aus höchstens €
	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	10,10
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80
	c) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	7,50
	d) Radon-Inhalation im Stollen	14,90
	e) Radon-Inhalation mittels Hauben	18,20
05 133	Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	55,00
	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	38,30
	c) Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert 45 Minuten	47,80
	d) Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 25 Minuten, je Teilnehmer	10,80

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Krankengymnastik, Bewegungsübungen (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	e) Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	14,30
	f) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert 60 Minuten	72,30
	g) bleibt frei	
	h) Bewegungsübungen als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	11,20
	hh) Bewegungsübungen in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 20 Minuten	6,90
	i) Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20
	ii) Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20
	j) Krankengymnastik in einer Gruppe im Bewegungsbad (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	19,70
	jj) Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	19,60
	k) Krankengymnastik in einer Gruppe im Bewegungsbad (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60
	kk) Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Krankengymnastik, Bewegungsübungen (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	l) Manuelle Therapie, Richtwert 30 Minuten	29,70
	m) Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert 20 Minuten	19,00
	n) Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	8,80
	o) Gerätegestützte Krankengymnastik, (Richtwert 60 Minuten) - begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr - je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)	46,20
	p) Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder Medizinische Trainingstherapie (MTT), (Richtwert 60 Minuten) - begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr - je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)	46,20
05 143	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)³⁾	
	Richtwert 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 163	Massagen	80% aus höchstens €
	a) Massage einzelner oder mehrerer Körperteile - Klassische Massagetherapie (KMT), Reflexzonen-, Segment-, Periostr-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert 20 Minuten	18,20
	aa) Massage einzelner oder mehrerer Körperteile - Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert 30 Minuten	21,20
	b) Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	- Teilbehandlung, Richtwert 30 Minuten	29,30
	- Großbehandlung, Richtwert 45 Minuten	43,90
	- Ganzbehandlung, Richtwert 60 Minuten	58,50
	- Kompressionsbandagierung einer Extremität ²⁾	18,70
	c) Unterwasserdruckstrahlmassage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -, Richtwert 20 Minuten	30,50
05 171	Palliativversorgungen	
	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 223	Kälte- und Wärmebehandlung	80% aus höchstens €
	a) Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
	b) bleibt frei	
	c) bleibt frei	
	d) Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert 20 Minuten	7,50
	e) Ultraschall - Wärmetherapie	12,00
05 232	Elektrotherapie	
	a) bleibt frei	
	b) Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
	c) bleibt frei	
	d) Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
	e) Iontophorese	8,20
	f) Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
	g) Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,00

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 313	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	80% aus höchstens €
	a) Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik zuschussfähig	108,00
	b) Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls zuschussfähig	51,70
	c) Bericht	
	- an die verordnende Person	5,80
	- auf besondere Anforderung der verordnenden Person	103,40
	d) Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	- Richtwert 30 Minuten	46,00
	- Richtwert 45 Minuten	63,20
	- Richtwert 60 Minuten	80,50
	- Richtwert 90 Minuten	103,40
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, für die Verlaufsdokumentation sowie für die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht zuschussfähig.	

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 342	Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	80% aus höchstens €
	a) Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
	b) Einzelbehandlung	
	- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten	41,80
	- bei sensomotorischen / perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten	54,80
	- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 60 Minuten	72,30
	- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert 120 Minuten	128,20
	- als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
	- bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	- bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
	- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
	- bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
	c) bleibt frei	

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 342	Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	d) Gruppenbehandlung	
	- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmer	16,00
	- bei sensomotorischen / perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
	- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 90 Minuten, je Teilnehmer	37,90
	- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert 180 Minuten, je Teilnehmer	70,20
	e) Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	46,20
f) Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60	
05 353	Ernährungstherapie	
	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	67,90
	b) Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung - jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr - zuschussfähig	55,50
	c) Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung - jedoch maximal viermal je Kalenderjahr - zuschussfähig	55,50
	d) Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	34,00
	e) Gruppenbehandlung, Richtwert 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	23,80

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Sonstige Leistungen zu LT Nrn. 05 113 bis 05 353 und 05 402	80% aus höchstens €
05 363	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
05 364	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person, je km Nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges. Ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind LT Nrn. 05 363 und 05 364 nur anteilig je Patient ansetzbar.	0,30
05 402	Podologie	
	Podologische Behandlung (klein) ⁵⁾ Richtwert 35 Minuten	30,70
	Podologische Behandlung (groß) ⁵⁾ Richtwert 50 Minuten	44,00
	Podologische Befundung, je Behandlung	3,00
	a) - f) bleibt frei	
	g) Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
	h) Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
	i) Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80

Leistungstafel
(gültig für ab 01.04.2022 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)
05 613	Kurzzeitpflege in zugelassener Pflegeeinrichtung bei fehlender Pflegebedürftigkeit	80% aus höchstens € 1.774,00
05 703 - 705	ambulanter Rehabilitationssport (je Übungseinheit)	80% aus höchstens € 8,20
05 712 - 713	Funktionstraining (je Übungseinheit)	80% aus höchstens € 8,20
05 800	Soziotherapie	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
05 810	Sonstiges	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
05 812	Fahrtkosten für Ambulante Rehabilitation nach TS 5.10	80% aus höchstens € 10,00
05 910	Tbc-Behandlung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

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

Tarifstelle 8

Stationäre Krankenhausbehandlung, Heilkur und stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Stationäre Krankenhausbehandlung (TS 8.1 - 8.7)

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 Nr. 2 KHEntG 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).

Übergangspflege im Krankenhaus (TS 8.8)

8.8 - Zuschussfähig sind Aufwendungen der Übergangspflege im Krankenhaus entsprechend § 39e SGB V.

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 TS 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
	Übergangspflege im Krankenhaus	
08 118	Übergangspflege im Krankenhaus nach TS 8.8	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
11 110	Familien- und Haushaltshilfe a) nach TS 11.1 - 11.4 b) notwendige Fahrtkosten nach TS 11.1 - 11.5 und TS 11.7	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
11 210	Hauspflege a) Haus- und Wochenpflegekraft nach TS 11.6, längstens für 14 Tage b) Fahrtkosten bei Hauspflege durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder nach TS 11.7	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
11 910	Familien- und Haushaltshilfe bei Tbc-Erkrankung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

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, 57
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	49, 50
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	51
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, 56, 57
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	48.2

I

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

K

Kältebehandlung	51
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, 57

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	48.1
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	48.2
Palliativversorgung	18, 45, 48.1
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, 57
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, 57
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- Sprach- und Schlucktherapie	52, 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
Übergangspflege im Krankenhaus	81
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	51
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

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.

Nicht genehmigungspflichtige Therapien

Zu den nicht genehmigungspflichtigen Therapien nach TS 2.3 gehören die

- Kurzzeittherapie bis zu 24 Sitzungen
- Psychosomatische Grundversorgung
- die Psychotherapeutische Akutbehandlung 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 oder Polyposis-Syndrom bekannt ist, eine Pauschale in Höhe von 300 Euro.
- Tumorgewebsdiagnostik:
Aufwendungen für die Untersuchung am Tumorgewebe in Höhe von 500 Euro. Ist das Ergebnis eindeutig negativ, sind weitere Untersuchungen nicht zuschussfähig.
- Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation):
Für Aufwendungen bei einem Indexfall oder bei Vorliegen der Voraussetzungen bei einem ratsuchenden Verdachtsfall in Höhe von 3.500 Euro. Aufwendungen für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation in Höhe von 350 Euro.
- Früherkennungsmaßnahmen:
Unter der Voraussetzung, dass ein Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom vorliegt, sind Aufwendungen für eine jährliche endoskopische Früherkennung des Magendarmtrakts einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien in Höhe von 540 Euro zuschussfähig.
- Kliniken des Verbundprojekts:
Unikliniken Berlin, Bochum, Dresden, Düsseldorf, Halle, Heidelberg, Köln, Leipzig, Lübeck, München, Münster, Tübingen, Ulm und Wuppertal, Institut für Humangenetik Bonn und die Medizinische Hochschule Hannover

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

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

Benötigen KVB-Versicherte Kranken- oder Berechtigungsscheine?

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Informationen zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln

Allgemeines

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

Was bedeutet ein Festbetrag für Arzneimittel?

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

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

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

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

Welche Auswirkungen hat ein Festbetrag auf die Zuschussfähigkeit des Arzneimittels?

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

Bitte unbedingt beachten:

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

Beispiel:

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

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

Was bedeutet eine Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel?

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

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

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

Was Sie als Mitglied oder mitversicherter Angehöriger tun sollten:

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

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

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

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

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

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

Information der KVB an das ärztliche Fachpersonal



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

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

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

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

Information der KVB an das Fachpersonal der Apotheke



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

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

Auf Rezepten müssen gemäß § 4 AMRabattG (Gesetz über Rabatte für Arzneimittel) das Apothekenkennzeichen (IK-Nummer), das Abgabedatum, die Pharmazentralnummer (PZN) und der Abgabepreis in maschinenlesbarer Form übertragen sein.

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



Bundeseisenbahnvermögen



Richtlinien

für die Gewährung von Zuschüssen

zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(BEV-RiPfl)

Gültig ab 01.01.2022

Richtlinien „Dauernde Pflegebedürftigkeit“ (BEV-RiPfl)

Geschäftsführung: Bundeseisenbahnvermögen (BEV), Dienststelle Mitte; BEV 24 800 Ubpg

B e r i c h t i g u n g e n

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 Anspruchsbe- rechtigungen	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	19
6.6	Kombination aus Leistungen für Häusliche Pflegehilfe und Pflegegeld.....	21
6.7	Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	22
6.8	Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI.....	23
6.9	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, Verbrauchshilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	23
6.10	Digitale Pflegeanwendungen	24

6.11	Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen	
	gem. § 39a SGB XI	24
6.12	Teilstationäre Pflege	24
6.13	Kurzzeitpflege	26
6.14	Vollstationäre Pflege	26
6.15	Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	30
6.16	Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege	30
6.17	Ambulant betreute Wohngruppen	31
6.18	Aufwendungen bei Pflegegrad 1	31
6.19	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen.....	31
6.20	Leistungen nach Pflegezeitgesetz (PflegeZG).....	32
6.21	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.....	37
9.3	Besonderheiten zum Verfahren (Belege, Abschlagszahlung, Rückforderung, Überweisung).....	37
9.4	Fristen.....	38
9.5	Überleitung der Ansprüche.....	38
10	ZUSCHUSSBESCHEID UND RECHTSBEHELFF.....	39
11	ÜBERGANGS- UND SCHLUSSVORSCHRIFTEN	40

- 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 (SUrV) 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 zerschussfähig, 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 Ge-

meinschaft 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 Kriegsopferfürsorge 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 Betreuungsmaßnahmen 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 vereinbarten 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 Selbstständigkeit 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 pflegefachlich 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 Gesamtbeitrag 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

724,00 €

2. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 3 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

1.363,00 €

3. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

1.693,00 €

4. für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 5 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

2.095,00 €

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). Sozialleistungen 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 (681,50 € von 1.363,00 €) 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 681,50 €	= 204,45 €
- zum Pflegegeld 30 % von 272,50 €	= <u>81,75 €</u>
Gesamt	= <u><u>286,20 €</u></u>

b) Fürsorgeleistungen des BEV (Zuschuss)

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 % von 681,50 €	= 477,05 €
- Pauschalzuschuss 272,50 € abzüglich 81,75 € der PPV	= <u>190,75 €</u>
Gesamt	= <u><u>667,80 €</u></u>

1.2 Ein in der SPV versicherte Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (681,50 € von 1.363,00 €) 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 681,50 €	= 340,75 €
- zum Pflegegeld 50 % von 272,50 €	= <u>136,25 €</u>
Gesamt	= <u><u>477,00 €</u></u>

b) Fürsorgeleistungen des BEV (Zuschuss)

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft in gleicher Höhe wie die Leistung der SPV (Ziffer 7.2)	= 340,75 €
- Pauschalzuschuss 50 % von 545,00 € = 272,50 € abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der SPV von 136,25 €	= <u>136,25 €</u>
Gesamt	= <u><u>477,00 €</u></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 Ersatz-

pflege 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 Digitale Pflegeanwendungen

Nach § 40a Abs. 1 SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 – 5 einen Anspruch auf eine Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen. Der Anspruch ist auf die Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen in der Häuslichkeit beschränkt. Der Anspruch umfasst gem. § 40a Abs. 2 SGB XI nur solche digitalen Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Abs. 3 SGB XI aufgenommen wurden.

6.11 Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gem. § 39a SGB XI

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a SGB XI Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen. Der Anspruch setzt voraus, dass die ergänzende Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich ist.

Hinweis:

Nach § 40b SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 - 5 Anspruch auf die Leistungen nach § 39a SGB XI und § 40a SGB XI bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat.

6.12 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 er-

forderlich 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.

6.13 Kurzzeitpflege

Bei Kurzzeitpflege gilt § 42 SGB XI entsprechend.

Die Pflegeaufwendungen sind im Rahmen der gültigen Pflegesätze bis zu

1.774,00 €

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 3.386,00 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf die Zuschüsse für eine Verhinderungspflege angerechnet.

6.14 Vollstationäre Pflege

6.14.1 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.

6.14.2 Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Ziffer 6.14.1 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 6.14.3 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 Le-

benspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach Ziffer 6.14.1 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 6.13.1 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 6.14.1 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 Unterkunfts-, 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.

6.14.3 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 Aufwendun-*

gen 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 6.14.2 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 6.14.1 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.

6.14.4 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 6.14 entstehen, erhalten unter den in Ziffer 6.14.4 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.

6.14.5 Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 43b und § 84 Abs. 9 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.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, hierzu zählen auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege, können einen Vergütungszuschlag zur Finanzierung von zusätzlichem Pflegehilfskraftpersonal vereinbaren. § 84 Abs. 9 gilt entsprechend. Der Anspruch auf den Vergütungszuschlag endet am 31.12.2025.

6.14.6 Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils bei vollstationärer Pflege

Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege haben Anspruch auf die Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils.

Der pflegebedingte Eigenanteil (einschließlich Ausbildungskosten) wird gem. § 43c SGB XI bei vollstationärer Pflege ab 1. Januar 2022 wie folgt begrenzt: Im ersten Jahr erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 – 5 einen Leistungszuschlag in Höhe von 5 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr in Höhe von 25 Prozent, im dritten Jahr in Höhe von 45 Prozent und ab dem vierten Jahr in Höhe von 70 Prozent. Dies gilt nicht bei Aufhalten im vollstationären Hospiz.

6.15 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.

6.16 Besitzstandsschutz 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.

Ab 01.01.2022 besteht der Anspruch auf den Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege nur noch bei Aufenthalt in einem Pflegeheim ohne Vergütungsvereinbarung.

6.17 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.

6.18 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.

6.19 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.

6.20 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.

6.21 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 Krankenversorgung 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 berücksichtigungsfähigen 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 ihrem 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 zu-

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 zurückzuzahlen.

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 Kriegsopferfür-

sorge 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 Zuschussbescheid und Rechtsbehelf

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 die Leiterin/ 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.*