

Änderung der Satzung der KVB (Nachtrag 3)
und des Tarifs der KVB (Nachtrag 2)

gültig ab 01.01.2021

Sehr geehrtes Mitglied,

der Vorstand und die Vertreterversammlung der KVB haben in ihren Sitzungen im Juli bzw. September 2020 einige Änderungen zur Satzung und zum Tarif beschlossen.

Gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KVB im September 2020 gelten die Beiträge vorbehaltlich einer weiteren Änderung auf Grund nach Drucklegung erfolgter Beschlüsse des Verwaltungsrates der BAHN-BKK zur Anpassung des individuellen Zusatzbeitrages für Rentner. Beachten Sie hierzu bitte insbesondere auch die jeweils aktuellen Informationen auf der Internetseite der KVB.

Der **Nachtrag 3 zur Satzung**, vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsicht, und **der Nachtrag 2 zum Tarif** werden hiermit satzungsgemäß bekannt gegeben. Nachträge in gedruckter Form mit Austauschseiten werden nicht mehr automatisch verschickt, sind jedoch auf Bestellung erhältlich.

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

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

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

Bitte beachten Sie auch unsere „KVB ServiceApp“.

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

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

QR-Code App Store



QR-Code Play Store



Informationen zur Organ- und Gewebespende

Lebensbedrohliche Krankheiten oder der Verlust wichtiger Organfunktionen können eine Organtransplantation notwendig machen.

Der Gesetzgeber möchte die Organspende fördern, um mehr Menschen die Chance zu geben, ein lebensrettendes Organ erhalten zu können. Die Bevölkerung soll in die Lage versetzt werden, ihre hohe Organspendebereitschaft nach reiflicher Überlegung tatsächlich in einem Organspendeausweis zu dokumentieren.

Die KVB als Ihre Krankenversicherung ist per Gesetz dafür zuständig, Ihnen sowie allen Ihren mitversicherten Angehörigen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, Informationsmaterial sowie Organspendeausweise zur Verfügung zu stellen.

Aus diesem Grund erhalten Sie anbei den **Informationsflyer mit integriertem Organspendeausweis**.

Für den Fall, dass Sie bereits eine sog. Patientenverfügung getroffen haben oder eine solche planen, sollten in der Patientenverfügung und im Organspendeausweis keine widersprüchlichen Aussagen getroffen werden.

Auf der Homepage www.organspende-info.de erhalten Sie weitere Informationen.

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihre KVB

Hinweis:

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

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

Im Wesentlichen ergeben sich aus den aktuellen Nachträgen zum 01.01.2021 folgende Änderungen / Ergänzungen:

Nachtrag 3 zur Satzung:

- **§§ 1 bis 19**
Anpassungen aus redaktionellen Gründen und aufgrund organisatorischer Veränderungen.
- **§ 23 Mitversicherung von Kindern**
 - Wegfall der Bestimmungen nach c),
 - Neuaufnahme von Bestimmungen für Kinder in Schul- oder Berufsausbildung im Zusammenhang mit Freiwilligendiensten
- **§ 26 Wehrdienst, Zivildienst**
Ergänzung der Bestimmungen aufgrund von Veränderungen im Wehrpflicht- bzw. Zivildienstgesetz.
- **§ 29a Leistungen für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften**
Anhebung der Einkommensgrenze für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften zum 01.01.2021 auf 20.000 € und Dynamisierung in den Folgejahren.
- **Anhang IV (§ 28 Abs. 1)**
 - Anpassung der Beiträge an die in 2020 erhöhte Besoldung

KVB-Beiträge ab 01.01.2021			
Mit mitversicherten Angehörigen		Ohne mitversicherte Angehörige	
Beitragsgruppe	Beitrag	Beitragsgruppe	Beitrag
1	172,80	51	115,20
2	183,90	52	122,70
3	188,70	53	125,90
4	203,20	54	135,60
5	217,80	55	145,30
6	232,30	56	155,00
7	246,80	57	164,60
8	261,30	58	174,30
9	275,80	59	184,00
10	290,40	60	193,70
11	304,90	61	203,40
12	319,40	62	213,10
13	333,90	63	222,70
14	348,40	64	232,40
15	362,90	65	242,10
16	377,40	66	251,80
17	416,20	67	277,60
		68	101,70

Nachtrag 2 zum Tarif

- **Tarifstelle 1**
 - Aufhebung der Bestimmungen der Tarifstelle 1.12 bei persönlicher Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung.
- **Tarifstelle 6**
 - Aufhebung der besonderen Leistungstafel für Erwachsene mit dementsprechenden Leistungsverbesserungen für Aufwendungen ab 01.01.2021.
- **Anlage 1**

Klarstellende Anpassung einzelner Tarifbestimmungen.
- **Anlage 2**

Anpassung des Vordrucks

 - aufgrund der Änderung der Einkommensgrenze nach § 29a der Satzung,
 - aufgrund der Aufhebung der Tarifstelle 1.12,
 - zur Klarstellung der Angaben zu Pkt. 7.1.

Die Informationsblätter

- zur Mitversicherung von Kindern während des Studiums (S 2)
- zur Mitteilung von Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (S 5)
- zu Leistungen für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften (S 6)
- zur Vorlage von Erstattungsanträgen (T 1.1),
- zu Behandlungen im Ausland (T 1.2),
- zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln (T 4.2),
- zur Krankenhausbehandlung (T 8.1),
- zur stationären Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung, Heilkur und zu kurähnlichen Maßnahmen (T 8.2),
- zu Mutter/Vater-Kind-Kuren und familienorientierten Rehabilitationsmaßnahmen (T 8.3)
- zu den Aufwendungen für Familien-, Haushaltshilfe und Hauspflege bei Geburten nach Tarifstelle 11 (T 11.1)

wurden neu aufgelegt.

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

Sie haben Satzung und Tarif als persönliches Druckstück bestellt und erhalten daher als Anlage zu unserem Schreiben vom November 2020 den Nachtrag 3 zur Satzung und den Nachtrag 2 zum Tarif in gedruckter Form mit Austauschseiten.

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

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

Austauschseiten:

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

Satzung im Ordner unter Register Nummer 1

3 bis 20	9	3 bis 20	9
25 bis 30	3	25 bis 30	3
35 bis 36	1	35 bis 36	1
51 bis 54	2	51 bis 54.2	3
57 bis 58	1	57 bis 58	1

Tarif im Ordner unter Register Nummer 2

1 bis 2	1	1 bis 2	1
9 bis 10	1	9 bis 10	1
59 bis 66	4	59 bis 66	3
97 bis 102	3	97 bis 102	3

Tarif – Anlage 1 im Ordner unter Register Nummer 2

1 bis 6	3	1 bis 6	3
9 bis 12	2	9 bis 12	2

Tarif – Anlage 2 im Ordner unter Register Nummer 2

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

Informationsblätter im Ordner unter Register Nummer 4*

15	17 *
----	------

Anzahl Blatt gesamt	46	Anzahl Blatt gesamt	48
------------------------	-----------	------------------------	-----------

***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.

Inhaltsverzeichnis zu den Informationsblättern

- S 2 - Informationen zur Mitversicherung von Kindern während des Studiums
- S 5 - Informationen zur Mitteilung von Änderungen in den persönlichen Verhältnissen
- S 6 - Informationen zu Leistungen für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften

- T 1.1 - Informationen zur Vorlage von Erstattungsanträgen
- T 1.2 - Informationen zu Behandlungen im Ausland
- T 4.2 - Information zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln

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

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

Nachfolgend

Austauschblätter zu Satzung und Tarif

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

Verteilungsplan

Veröffentlichung im Internetauftritt der KVB, auf Anforderung Übersendung in Schriftform

Berichtigungen

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekannt gegeben durch	Gültig vom _____ an	Berichtigt am durch
1	Nachtrag 1	01.01.2019	eingearbeitet
2	Nachtrag 2	01.01.2020	
3	Nachtrag 3	01.01.2021	

Inhaltsverzeichnis

Seite

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

Verzeichnis der Anlagen

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

Verzeichnis der Anhänge

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

Stichwortverzeichnis

55

Verzeichnis der Abkürzungen

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

I. Allgemeines

§ 1

Zweck, Rechtsnatur, Sitz, Haftung

Zweck

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

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

Bei möglichen Widersprüchen oder Lücken ist die Satzung einschlägig.

Einführungsbestimmung zu Abs. 1:

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

Rechtsnatur

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

Sitz

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

Haftung

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

§ 2

Verwendung der Mittel

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

II. Verfassung

§ 3

Organe

Organe

- 1 - Die Organe der KVB sind
- a) die Vertreterversammlung,
 - b) der Vorstand.

Zusammensetzung

2 - Den Organen gehören die Vertreter der Mitglieder (Mitgliedervertreter) und ein Vertreter des BEV an. Der Vertreter des BEV sowie dessen erforderliche Stellvertreter werden von der Präsidentin des BEV benannt.

Mitgliedervertreter

3 - Die Mitgliedervertreter der Organe müssen Mitglied der KVB und im Zeitpunkt ihrer Wahl der DB AG zugewiesene Beamte oder Beamte oder nicht krankenversicherungspflichtige Angestellte des BEV sein. Mitgliedervertreter und deren Stellvertreter können nicht gleichzeitig beiden Organen angehören.

Beschäftigte der KVB können nicht Mitgliedervertreter in den Organen sein.

Stellvertreter

4 - Bei Verhinderung eines Mitgliedervertreters oder des Vertreters des BEV eines Organs nimmt jeweils sein Stellvertreter an der Sitzung mit Stimmrecht teil.

Ehrenamt

5 - Die Mitgliedervertreter der Organe einschließlich der Stellvertreter sind ehrenamtlich tätig; ihre Tätigkeit in den Organen gilt als Dienst beim BEV. Sie erhalten für ihr Tätigwerden einen Pauschbetrag für Zeitverlust nach Maßgabe von Bestimmungen, die die Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstandes beschließt. Diese Beschlüsse bedürfen gemäß § 17 Abs. 1 der Genehmigung der Aufsicht. Die Organmitglieder sind verpflichtet, an Organsitzungen, zu denen sie eingeladen werden, teilzunehmen, bei Verhinderung so rechtzeitig den Organvorsitzenden zu unterrichten, dass der Stellvertreter eingeladen werden kann. Zur Teilnahme an den Organsitzungen ist aufgrund der Einladung der KVB vom zuständigen Vorgesetzten eine Dienstreise zu genehmigen. Die Reisekosten werden von der KVB getragen. Ihre Höhe richtet sich nach den geltenden Bestimmungen des Bundesreisekostengesetzes.

Sitzungen

6 - Organsitzungen sind nicht öffentlich. Sachverständige und Auskunftspersonen können eingeladen werden.

Niederschrift

7 - Über alle Organsitzungen sind Niederschriften zu fertigen, denen Anwesenheitslisten beizufügen sind. Alle Organmitglieder erhalten je einen Abdruck der Niederschriften.

§ 4

Vertreterversammlung

Zusammensetzung

1 - Die Vertreterversammlung besteht aus

- a) 30 von HPR und BesHPR zu wählenden Mitgliedervertretern,
- b) dem Vertreter des BEV.

Die 30 Mitgliedervertreter sollen sich so zusammensetzen, dass die je KVB-Bezirk vorhandenen Mitglieder unter Berücksichtigung der jeweils vom HPR und dem BesHPR zu vertretenden KVB-Mitglieder vertreten sind. Jeder KVB-Bezirk erhält aber mindestens drei Mitgliedervertreter.

Für die Mitglieder jeder KVB-Bezirksleitung muss mindestens ein Mitgliedervertreter jeweils die vom HPR und die vom BesHPR vertretenen KVB-Mitglieder repräsentieren.

Die Anzahl der Mitgliedervertreter, die auf die einzelnen KVB-Bezirke entfallen, hat der Vorstand der KVB vor der jeweiligen Neuwahl nach dem Mitgliederbestand am 31.12. des Vorjahres nach Höchstzahlverfahren (d'Hondt) zu errechnen und den Vorsitzenden des HPR und des BesHPR mitzuteilen. Sie stellen im gegenseitigen Einvernehmen die Aufteilung nach Satz 2 fest. Das Berechnungsverfahren für die Aufteilung der Mitgliedervertreter ist im Anhang I enthalten.

Wahl

2 - Die Mitgliedervertreter und deren Stellvertreter werden entsprechend der nach § 4 Abs. 1 getroffenen Aufteilung durch den HPR und den BesHPR gewählt. Für die Wahlen haben die am Sitz einer BEV-Dienststelle bestehenden Personalräte sowie die nach Maßgabe des Art. 2 § 17 Abs. 1 ENeuOG gebildeten besonderen Personalräte Vorschläge einzureichen. Für jeden vorgeschlagenen Mitgliedervertreter ist ein erster und ein zweiter Stellvertreter zu benennen.

Bei der Wahl der Mitgliedervertreter sind die Bestimmungen für die Auswahl und Wahl der Mitgliedervertreter und deren Stellvertreter im Anhang II maßgebend.

Amtszeit

3 - Die Amtszeit beträgt 4 Jahre; sie beginnt mit dem Tag der ersten Sitzung. Die Organmitglieder bleiben jedoch nach Ablauf dieser Zeit im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten. Wiederwahl ist zulässig.

Scheidet ein alternierender Vorsitzender vorzeitig aus, so ist nach der personellen Vervollständigung in der nächsten Vertreterversammlung eine Nachwahl vorzunehmen. Dabei sind die Bestimmungen von § 4 Abs. 5 zu beachten.

Bei vorzeitigem Ausscheiden eines Mitgliedervertreeters tritt ein Stellvertreter für den Rest der Amtszeit an seine Stelle. Für diesen Fall bestellt der HPR bzw. BesHPR einen neuen Stellvertreter für den Rest der Amtszeit.

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.

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.

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 § 75 Abs. 3 Nr. 5 BPersVG in Verbindung mit § 69 BPersVG - unverzüglich eine Entscheidung herbeizuführen.

Anträge

13 -Anträge an die Vertreterversammlung können stellen

- a) das BMVI,
- b) die Präsidentin des BEV,
- c) der HPR,
- d) der BesHPR,
- e) der Vorstand der KVB,
- f) jeder Mitgliedervertreter.

Anträge an die ordentliche Vertreterversammlung sollen in der Regel zwei Monate vor dem Zusammentritt der Versammlung dem Vorstand der KVB vorgelegt werden. Nicht die Zuständigkeit der Vertreterversammlung betreffende Anträge hat der Vorstand selbst zu behandeln.

Protokollnotiz:

1. In dem Jahr in welchem die Arbeitgeberseite (BEV) den alternierenden Vorstandsvorsitzenden stellt, stellen die Mitgliedervertreter den alternierenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung und umgekehrt. Somit erfolgt jährlich ein gegenseitiger Wechsel.
2. Die jeweilige Amtszeit der alternierenden Vorsitzenden läuft jährlich vom 01.06. bis zum 31.05. des Folgejahres. Damit erfolgt der Wechsel jeweils zum 1. Juni eines jeden Jahres.

§ 5

Aufgaben der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung ist zuständig für

- a) Änderung der Satzung einschließlich der jährlichen Anpassung der Beitragstafel nach Art. 1 § 14 Abs. 2 ENeuOG,
- b) Beschluss über den Haushaltsplan,
- c) Entscheidungen über Erwerb, Veräußerung und Belastung sowie Vermietung oder Verpachtung von Grundstücken,
- d) Errichtung und Auflösung von Eigenbetrieben,
- e) Wahl des Jahresabschlussprüfers,
- f) Entlastung des Vorstandes nach Genehmigung des Jahresabschlusses und Vorlage zur Genehmigung der Entlastung gemäß Haushaltsrecht der Bundesrepublik Deutschland,
- g) Wahl des Rechnungsprüfungsausschusses gemäß § 13 Abs. 1.

§ 6

Vorstand

Zusammensetzung

1 - Der Vorstand besteht aus

- a) 10 Mitgliedervertretern, die nach dem Grundsatz des Höchstzahlverfahrens (d'Hondt) vom HPR und BesHPR gewählt werden. Jeder dieser Personalvertretungen stehen jedoch mindestens drei Mitgliedervertreter zu. Jeder KVB-Bezirk soll durch zwei Mitgliedervertreter im Vorstand vertreten sein. Für die Wahlen gelten die Bestimmungen im Anhang III;
- b) dem Vertreter des BEV.

Die Vertreterversammlung bestätigt die Wahl. Den Vertreter des BEV und seine Stellvertreter bestellt die Präsidentin des BEV.

Vorsitzender, Stellvertreter

2 - Der Vorsitzende des BesHPR beruft im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des HPR und der Präsidentin des BEV nach der Wahl der Mitgliedervertreter in den Vorstand, unter Angabe der Tagesordnung, die konstituierende Sitzung ein und führt den Vorsitz bis zur Wahl des Vorsitzenden des Vorstandes.

Die Tagesordnung muss folgende Punkte enthalten:

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

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 im Vorstand 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 nicht gleichzeitig der Vertreterversammlung angehören. Der alternierende Vorsitzende aus dem Kreis der Mitgliedervertreter ist gleichzeitig der Hauptvertreter der Versicherten und hat in dieser Eigenschaft die Belange der Versicherten wahrzunehmen. Seinen Sitz hat er am Geschäftssitz der Körperschaft. Der Vorstand kann einzelne Aufgaben seinem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter zur gemeinsamen abschließenden Erledigung zuweisen.

Amtszeit

3 - Die Amtszeit beträgt 4 Jahre. Sie beginnt mit dem Abschluss der Wahl der Mitgliedervertreter. Die Gewählten bleiben jedoch nach Ablauf dieser Zeit im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten. Erfolgt die Wahl der Nachfolger vor Ablauf der Amtszeit ihrer Vorgänger, so beginnt die neue Amtszeit mit dem Tage nach Ablauf der Amtszeit der Vorgänger. Wiederwahl ist zulässig.

Scheidet ein alternierender Vorsitzender vorzeitig aus, so ist nach der personellen Vervollständigung des Vorstandes unverzüglich eine Nachwahl vorzunehmen. Dabei sind die Bestimmungen von § 6 Abs. 2 zu beachten.

Bei vorzeitigem Ausscheiden des alternierenden Vorsitzenden aus dem Kreis der Mitgliedervertreter tritt an seine Stelle nicht automatisch sein Stellvertreter. In diesem Fall ist vorab zu klären, ob von den verbleibenden Mitgliedervertretern im Vorstand eine Person zur Übernahme dieser Funktion bereit ist, oder wenn dies nicht der Fall ist, der nachrückende Stellvertreter.

Sollte dieses nicht der Fall sein, sind hiervon unverzüglich HPR und BesHPR zu verständigen. Diese haben dann umgehend eine Ersatzwahl einzuleiten und durchzuführen. Hierbei ist vorab sicher zu stellen, dass die zur Wahl stehende Person auch zur Übernahme dieser Funktion bereit ist. In diesem Fall bleiben die gewählten Stellvertreter weiterhin Stellvertreter.

Bei dieser Nachwahl findet die Aufteilung auf HPR und BesHPR keine Berücksichtigung. Eine ggf. gegenüber der letzten Wahl beschlossene abweichende Aufteilung ist bei der nächsten Wahl zu korrigieren.

Bei vorzeitigem Ausscheiden eines Mitgliedervertreters tritt ein Stellvertreter für den Rest der Amtszeit an seine Stelle. Für diesen Fall bestellt der HPR bzw. BesHPR einen neuen Stellvertreter für den Rest der Amtszeit.

Sitzungen

4 - Der Vorsitzende, im Verhinderungsfall der stellvertretende Vorsitzende, beruft Vorstandssitzungen nach Bedarf ein. Die Vorstandsmitglieder sind in der Regel spätestens zwei Wochen vor der Sitzung unter Beifügung der Tagesordnung und der erforderlichen Unterlagen schriftlich einzuladen.

Die Vorstandssitzungen werden vom Vorsitzenden, im Verhinderungsfall vom Stellvertretenden Vorsitzenden geleitet. An den Vorstandssitzungen nehmen ein Mitglied der Geschäftsführung des HPR und des BesHPR, die alternierenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung sowie der Hauptgeschäftsführer mit beratender Stimme teil.

Beschlussfähigkeit

5 - Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn ein Vertreter des BEV und mehr als die Hälfte der Mitgliedervertreter des Vorstandes anwesend sind.

Stimmen

6 - Der Vertreter des BEV verfügt über ebensoviele Stimmen wie die anwesenden Mitgliedervertreter zusammen.

Beschlüsse

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

Erklärung

8 - Verpflichtende Erklärungen bedürfen der Schriftform.

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

Protokollnotiz:

1. Siehe Protokollnotiz zu § 4.

§ 7

Aufgaben des Vorstandes

Stellung

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

Zuständigkeit

2 - Der Vorstand beschließt insbesondere über

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

Ausschüsse

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

III. Geschäftsführung

§ 8

Hauptverwaltung

Geschäfte

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

Hauptgeschäftsführer

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

Der Hauptgeschäftsführer und seine Stellvertreter werden von der Präsidentin des BEV unter Zustimmung des Vorstandes der KVB bestellt. Bei der Abberufung ist entsprechend zu verfahren. Die Zustimmung des Vorstands 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 Vorstands,
- d) die Ausführung der Beschlüsse des Vorstands 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.

§ 9

Bezirksleitungen

Geschäftsbereich

1 - Der Geschäftsbereich der KVB wird in Bezirksleitungen eingeteilt mit den Standorten Karlsruhe, Rosenheim, Kassel, Münster und Wuppertal.

2 - bleibt frei

Bezirksgeschäftsführer

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

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

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

Geschäftsplan

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

Operative Aufgaben

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

Gerichtliche und außergerichtliche Vertretung

6 - Der Bezirksgeschäftsführer oder die Bezirksgeschäftsführerin vertritt die jeweilige Bezirksleitung der KVB im Rahmen ihrer Aufgaben und in Abstimmung mit dem Hauptgeschäftsführer oder dessen Stellvertreter gerichtlich und außergerichtlich.

Erklärungen

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

§ 10

Beschwerdeausschüsse

Standort

1 - Am Standort jeder Bezirksleitung besteht ein Beschwerdeausschuss.

Zusammensetzung

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

Aufgaben

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

Sitzungen

4 - Der Bezirksgeschäftsführer setzt Sitzungen nach Bedarf an.

Beschlussfähigkeit

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

Stimmen

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

Beschlüsse

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

Niederschrift

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

§ 11

Rechnungs- und Wirtschaftsführung

Geschäftsjahr

1 - Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Bestimmungen

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

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

Ausgabendeckung

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

Rücklage

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

§ 12

Rechnungsprüfung

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

§ 13

Jahresabschluss

Prüfung

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

Genehmigung

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

Aufsichtsbehörde

3 - Der Jahresabschluss ist der Aufsicht zur Genehmigung zuzuleiten.

§ 14

Pflichten des BEV; Personal- und Sachbedarf

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

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

§ 15

Festsetzung und Deckung des Personalbedarfs

Festsetzung

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

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

Deckung

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

§ 16

Personal- und Sachkosten

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

IV. Aufsicht, Bekanntmachungen

§ 17

Aufsicht

Gesetzliche Aufsicht

1 - Die allgemeine Aufsicht über die KVB führt das BMVI, die fachliche Aufsicht die Präsidentin des BEV. Sie beteiligt den HPR und den BesHPR an der Aufsichtsführung nach den Bestimmungen des BPersVG.

Genehmigung

2 - Änderungen der Satzung einschließlich der Beitragstafel bedürfen der Genehmigung des BMVI.

Beschlossene Satzungsänderungen sind über die Präsidentin des BEV, die das Mitbestimmungsverfahren nach dem Bundespersonalvertretungsgesetz (BPersVG) durchführt, vorzulegen.

Änderungen des Tarifs bedürfen der Genehmigung der Präsidentin des BEV unter Mitbestimmung nach dem BPersVG. Zu Tarifänderungen, die allein aus Beitragsmitteln finanziert werden, darf die Genehmigung nur dann versagt werden, wenn die Tarifänderung gegen bestehendes Recht verstößt.

§ 18

Satzungs- und Tarifänderungen

Änderungen der Satzung einschließlich der Beitragstafel und des Tarifs werden den Mitgliedern schriftlich an die vom Mitglied benannte und bei der KVB gespeicherte Anschrift bekannt gegeben. Die jeweils gültige Fassung wird im Internetauftritt der KVB veröffentlicht. Bei Bedarf kann eine Übersendung der jeweils aktuellen Gesamtausgabe in Schriftform angefordert werden.

Jede Änderung soll den Tag des Inkrafttretens bestimmen. Fehlt eine solche Bestimmung, so treten sie mit Ablauf des 14. Tages nach schriftlicher Bekanntgabe in Kraft.

V. Mitgliedschaft und Mitversicherung

§ 19

Mitgliedschaft

1 - Der Bestand der KVB ist nach Maßgabe des Gesetzes zur Neuordnung des Eisenbahnwesens (ENeuOG) geschlossen.

Aufnahmeberechtigt sind noch:

- a) Witwen und Witwer, wenn der beamtenrechtliche Fürsorgeanspruch vom BEV erfüllt wird,
- b) beurlaubte und abgeordnete Beamte nach Ende der Beurlaubung/Abordnung, wenn ein beamtenrechtlicher Fürsorgeanspruch gegenüber dem BEV besteht,
- c) fürsorgeberechtigte Personen, bei denen eine bestehende Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenkasse aufgrund gesetzlicher Änderung nach dem 31.12.1993 endet.

Eine Aufnahme des Mitglieds infolge der Ausübung des Wahlrechts nach § 22 Abs. 5 bleibt unberührt.

Antrag

2 - Die Aufnahme erfolgt nur auf Antrag. Der Antrag ist bei einer Bezirksleitung der KVB zu stellen. Vordrucke hierzu gibt die KVB unentgeltlich ab.

Frist

3 - Die Aufnahme muss innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Aufnahmeberechtigung oder der erneuten Aufnahmeberechtigung beantragt werden. Die Antragsfrist beginnt mit dem Tage der Ernennung, bei rückwirkender Ernennung mit dem Tage der Aushändigung der Ernennungsurkunde, nicht jedoch bei Ernennung lediglich auf Widerruf.

Zuständigkeit

4 - Über die Aufnahme entscheidet die KVB nach Organisationsplan.

Verspätete Aufnahme

5 - Wird die Aufnahme erst nach Ablauf eines Jahres seit Eintritt der Aufnahmeberechtigung beantragt, so ist für jedes angefangene Jahr seit Eintritt der Aufnahmeberechtigung ein Aufnahmegeld in Höhe eines Monatsbeitrages nach der Beitragstafel zu entrichten. Das Aufnahmegeld wird mit der ersten Beitragszahlung fällig. Als Höchstbetrag werden 6 Monatsbeiträge erhoben.

Satzung, Tarif, Mitgliedsausweis

6 - Jedes Mitglied erhält bei der Aufnahme unentgeltlich

- Zugang zu Satzung und Tarif über den Internetauftritt der KVB. Auf Anforderung ist eine aktuelle Gesamtausgabe in Schriftform unentgeltlich erhältlich;
- einen Mitgliedsausweis, der beim Ausscheiden zurückzugeben ist.

7 - bleibt frei *)

**) § 19 Abs. 7 in der Fassung gültig bis zum 31.05.2008*

Geschiedene Ehegatten

7 - Aufnahmeberechtigt sind auch frühere Ehegatten, deren Ehe mit dem Mitglied nach dem 30.6.1977 unter Zubilligung von Unterhaltsansprüchen geschieden ist, wenn

- a) ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz oder ein anderweitiger gleichwertiger Anspruch auf Heilbehandlung nicht besteht und auch nicht erlangt werden kann,*
- b) eine gleichwertige private Krankenversicherung nicht besteht oder nicht erlangt werden kann.*

Der Nachweis, dass der frühere Ehegatte privaten Krankenversicherungsschutz nicht erlangen kann, ist durch ablehnende Bescheide von zwei privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erbringen. Die Aufnahme muss innerhalb von drei Monaten nach Rechtskraft des Scheidungsurteils beantragt werden. Im Übrigen gelten Abs. 2, 4 und 6.

§ 23

Mitversicherung von Kindern

Voraussetzungen

- 1 - a) Kinder eines Mitgliedes sind mitversichert
1. wenn sie im Familienzuschlag nach dem BBesG oder entsprechenden tarifvertraglichen Bestimmungen berücksichtigungsfähig sind oder
 2. wenn für sie Auslandszuschlag nach dem BBesG oder entsprechenden tarifvertraglichen Bestimmungen gewährt wird oder
 3. wenn ehemalige Angestellte für sie Kinderzuschuss von der Deutschen Rentenversicherung oder Kindergeld nach dem BKGG erhalten.
- b) Ferner sind Kinder eines Mitglieds in den Fällen des § 24 Abs. 2 mitversichert, wenn bei Weiterbeschäftigung beim BEV die Voraussetzungen für die Mitversicherung gegeben wären.
- c) bleibt frei
- d) Darüber hinaus sind Kinder eines Mitgliedes nach Vollendung des 25. Lebensjahres mitversichert, die sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden, 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 Mitversicherung entspricht der Dauer des abgeleisteten Dienstes, insgesamt höchstens zwölf Monate.

Sonstige Kinder

- 2 - Stiefkinder, Pflegekinder oder Enkelkinder eines Mitglieds sowie nichteheliche Kinder eines männlichen Mitglieds sind Kinder im Sinne Abs. 1 a).

Ausnahmen

- 3 - Nicht mitversichert sind Kinder von Waisen sowie Geschwister des Mitglieds oder seines Ehegatten.

Beginn

- 4 - Die Mitversicherung der bei der Aufnahme des Mitglieds vorhandenen Kinder beginnt mit der Mitgliedschaft, für später hinzugekommene Kinder mit dem Tag des Eintritts der Voraussetzungen für die Mitversicherung.

Ende

- 5 - Die Mitversicherung endet
- a) mit dem Ende der Mitgliedschaft des Mitglieds,
 - b) mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Mitversicherung.

Mitteilungen

- 6 - Die Mitglieder sind verpflichtet, Änderungen, die für den Beginn oder die Beendigung der Mitversicherung nach dieser Satzung maßgeblich sind, einer Bezirksleitung der KVB unverzüglich anzuzeigen. Wird die Anzeige versäumt, so sind die entsprechenden Beitragsanteile ab dem für die Anzeige maßgeblichen Zeitpunkt nachzuentrichten.

Befreiung

7 - Kinder eines Mitglieds werden auf dessen Antrag von der Mitversicherung befreit.

- a) Befreiung aufgrund eines freiwilligen Wehrdienstes nach § 58b des Soldatengesetzes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder eines vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienstes oder einer Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes.

Die Befreiung wird zum Ende des Monats wirksam, in dem der Dienst / die Tätigkeit beginnt; frühestens jedoch mit dem Ende des Monats in dem der Antrag bei einer Bezirksleitung der KVB eingegangen ist.

Die Wiederaufnahme eines von der Mitversicherung befreiten Kindes kann frühestens zum 1. des Monats erfolgen, in dem der Dienst / die Tätigkeit beendet wird. Über den Antrag entscheidet die zuständige Bezirksleitung der KVB.

- b) Befreiung aus sonstigen Gründen

Die Befreiung aus sonstigen Gründen wird wirksam mit dem Ende des Monats, in dem der Antrag bei einer Bezirksleitung der KVB eingegangen ist.

Wird der Antrag gleichzeitig mit dem Aufnahmeantrag (vgl. § 19 Abs. 2) oder innerhalb von drei Monaten nach der Geburt oder dem Hinzukommen gestellt, so gilt die Befreiung von Anfang an.

Ein aus sonstigen Gründen von der Mitversicherung befreites Kind kann frühestens nach Ablauf eines Jahres nach Wirksamwerden der Befreiung in die Mitversicherung aufgenommen oder wiederaufgenommen werden. Über den Antrag entscheidet die zuständige Bezirksleitung der KVB.

Die Aufnahme/Wiederaufnahme eines oder mehrerer aus sonstigen Gründen von der Mitversicherung befreiter Kinder setzt die Zahlung eines Aufnahmegel-des in Höhe von drei Monatsbeiträgen für Waisen nach der Beitragstafel voraus. Wird neben Kindern auch der gleichermaßen von der Mitversicherung befreite Ehegatte in die Mitversicherung aufgenommen/wiederaufgenommen, so ist nur das Aufnahmegeld nach § 22 Abs. 7 zu zahlen.

§ 24

Fortsetzung der Mitgliedschaft

Personenkreis

1 - Die Mitgliedschaft wird fortgesetzt

- a) beim Tode des Mitglieds von dem mitversicherten Ehegatten, wenn er
1. Witwen- oder Witwergeld oder einen Unterhaltsbeitrag vom BEV oder in Fällen nach Abs. 2 b) von einer Bundesbehörde, in Fällen nach Abs. 2 g) Hinterbliebenenversorgung nach dem Europaabgeordnetengesetz oder dem Abgeordnetengesetz oder entsprechender landesrechtlicher Regelung, oder
 2. Witwen- oder Witwerrente aus der Angestelltenversicherung oder
 3. Versorgung vom BEV nach dem Bahnarztvertrag erhält,
- b) beim Tode des Mitglieds (Angestellten), das in der Angestelltenversicherung nicht versicherungspflichtig oder von der Versicherungspflicht befreit war, von dem mitversicherten Ehegatten,
- c) von Mitgliedern, die unter Fortzahlung der Bezüge durch das BEV zu einer anderen Behörde desselben oder eines anderen Dienstherrn oder zu internationalen Organisationen der Eisenbahnen abgeordnet oder beurlaubt werden.

Weitere Berechtigte

2 - Die Mitgliedschaft wird auf Antrag fortgesetzt von Mitgliedern, die

- a) vom BEV aus dienstlichen Gründen beurlaubt werden oder ein Dienstverhältnis unmittelbar bei der DB AG aufnehmen.
Eine während einer Beurlaubung fortgesetzte Mitgliedschaft bleibt auf Antrag des Mitglieds auch nach Beendigung der Beurlaubung bestehen, wenn das Mitglied endgültig zu dieser Einrichtung übertritt. Die Mitgliedschaft endet, sobald eine Pflichtversicherung oder eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung eintritt,
- b) vom BEV zu einer anderen Behörde desselben oder eines anderen Dienstherrn versetzt oder ohne Fortzahlung der Bezüge durch das BEV abgeordnet werden,
- c) zu öffentlichen zwischen- oder überstaatlichen Organisationen oder für Aufgaben der Entwicklungshilfe abgeordnet werden,
- d) zu internationalen Organisationen der Eisenbahnen ohne Fortzahlung der Bezüge abgeordnet werden,
- e) in ähnlichen Fällen abgeordnet oder beurlaubt werden, sofern der Vorstand zustimmt,
- f) zu persönlichen Zwecken beurlaubt werden, für die Dauer der Beurlaubung (Ausnahmen siehe § 21 Abs. 1 d),
- g) als Bewerber um einen Sitz im Europäischen Parlament, im Bundestag oder in einem Landtag beurlaubt sind, für die Dauer des Wahlvorbereitungsurlaubs, sowie von Mitgliedern, die Leistungen nach § 11 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Europäischen Parlaments aus der Bundesrepublik Deutschland, nach § 27 des Gesetzes zur Neuordnung der Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages oder entsprechender landesrechtlicher Regelung erhalten,
- h) aus disziplinarischen Gründen ihren Anspruch auf Bezüge bzw. Versorgungsbezüge verloren haben (vgl. § 21 Abs. 1 Buchst. c).

Waisen

3 - Die Mitgliedschaft wird auf Antrag fortgesetzt

- a) von Waisen, die Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen oder Unterhaltsbeitrag nach dem BeamtVG erhalten oder nur deshalb nicht erhalten, weil die Versorgungsbezüge wegen der Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften ruhen,
- b) von Halbwaisen, die im Familienzuschlag nach dem BBesG nicht berücksichtigungsfähig sind, solange sie Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag nach dem BeamtVG erhalten oder nur deshalb nicht erhalten, weil die Versorgungsbezüge wegen der Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften ruhen.

Für nicht voll geschäftsfähige Waisen ist der Antrag auf Fortsetzung der Mitgliedschaft vom gesetzlichen Vertreter zu stellen. Wird der Antrag innerhalb von 3 Monaten gestellt, so beginnt die Mitgliedschaft im unmittelbaren Anschluss an die vorausgegangene Mitversicherung, anderenfalls mit dem Tage, an dem der Antrag nachweislich bei einer Bezirksleitung der KVB eingegangen ist. Wird der Antrag später als ein Jahr nach Eintritt der zur Antragstellung berechtigenden Umstände gestellt, so ist ein Aufnahmegeld nach § 19 Abs. 5 zu entrichten.

§ 25

Wiederaufnahme

Ein Mitglied, das ausgetreten ist, kann nicht wiederaufgenommen werden.

Ein Mitglied, das ausgeschlossen wurde, kann auf Antrag einmal wiederaufgenommen werden, sofern ein Anspruch auf Fürsorge gegenüber dem BEV gegeben ist.

Über den Antrag entscheidet der Vorstand. Der Vorstand kann die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen und die Vorlage eines vertrauensärztlichen Zeugnisses über den Gesundheitszustand des Antragstellers und der mitzuversichernden Angehörigen verlangen. Die Kosten für das Zeugnis trägt der Antragsteller.

Die Wiederaufnahme setzt die Zahlung eines Aufnahmegeldes in Höhe von 6 Monatsbeiträgen nach der Beitragstafel voraus.

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem der Wiederaufnahmeantrag nachweislich bei einer Bezirksleitung der KVB eingegangen ist, soweit kein späterer Zeitpunkt beantragt wurde. Der Vorstand kann in besonders gelagerten Fällen davon abweichend entscheiden.

§ 26

Wehrdienst, Zivildienst

Ruhen der Mitgliedschaft

1 - Für die Dauer des Grundwehrdienstes oder Zivildienstes ruht die Mitgliedschaft.

Mitversicherte Angehörige

2 - Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen können die Mitgliedschaft unter Zahlung eines Zuschlages zum Beitrag auf Antrag aufrechterhalten. Für die Genehmigung ist die Bezirksleitung zuständig.

Leistungen

3 - Wird die Mitgliedschaft aufrechterhalten, so ruht der Anspruch des Mitglieds auf Leistungen für sich selbst. Es besteht lediglich Anspruch auf Leistungen für die mitversicherten Angehörigen.

Eheschließungen

4 - Heiratet ein Mitglied während des Grundwehr- oder Zivildienstes, so kann es innerhalb von 3 Monaten die Mitversicherung der Ehefrau beantragen. Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

Anwendung

5 - Die Bestimmungen der Absätze 1 – 4 finden nur Anwendung, wenn nach § 2 des Wehrpflichtgesetzes (WPflG) die §§ 3 bis 53 des WPflG und nach § 1a Abs. 2 des Zivildienstgesetzes (ZDG) der § 2 Absatz 2 sowie die §§ 2a und 23 des ZDG Geltungskraft erlangen.

VI. Einnahmen

§ 27

Zuschüsse des BEV

Das BEV leistet in Erfüllung seiner Fürsorgepflicht aus §§ 78, 80 BBG Zuschüsse zu den Tarifaufgaben der KVB.

§ 28

Beiträge

Beitragstafel

1 - Die Mitglieder zahlen Beiträge nach der Beitragstafel im Anhang IV.

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) und das Bundeseisenbahnvermögen (BEV) stellen sich gegenseitig die Angaben zur Verfügung, die für die Beitragsberechnung erforderlich sind.

Zuschlag

2 - Einen Zuschlag zu den Beiträgen zahlen folgende Mitglieder:

- a) solche, die die Mitgliedschaft nach § 24 Abs. 2 fortsetzen, soweit sie nicht nach § 29 Abs. 6 Anspruch nur auf den Anteil der Tarifleistungen haben, der durch die Beitragszahlung nach Abs. 1 gedeckt ist,
- b) ehemalige Angestellte der DB,
- c) Witwen oder Witwer von ehemaligen Angestellten der DB,
- d) solche, die die Mitgliedschaft nach § 26 aufrechterhalten,
- e) Mitglieder nach § 19 Abs. 7 in der bis zum 31.05.2008 geltenden Fassung,
- f) in Fällen des § 29a Abs. 1 Ziffer 2, soweit dieser nicht bereits nach vorstehenden Buchstaben a) bis d) entrichtet wird.

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

Auf Antrag des Mitglieds wird auf die Zahlung des Zuschlags verzichtet (vgl. aber § 29 Abs. 15). Der Verzicht kann in Fällen nach f) nur für das gesamte Kalenderjahr erfolgen; er kann nicht widerrufen werden.

Beitragsgruppe

3 - Die Beitragsgruppe richtet sich nach der Besoldungs- oder Vergütungsgruppe des Mitglieds und danach, ob Angehörige mitversichert sind. Mitglieder, die die Mitgliedschaft nach § 24 Abs. 2 fortsetzen, aber keine Bezüge nach dem BBesG oder den dessen Besoldungsgruppen entsprechenden Vergütungsgruppen erhalten, zahlen - soweit die Bemessungsgrundlage nicht anderweitig festgestellt wird - Beiträge entsprechend Beitragsgruppe 17/67.

Für Mitglieder nach § 19 Abs. 7 in der bis zum 31.05.2008 geltenden Fassung ist die Beitragsgruppe des früheren Ehegatten (ohne mitversicherte Angehörige) zugrunde zu legen, der dieser zum Zeitpunkt der Rechtskraft des Scheidungsurteils angehört hat.

Einstufung

4 - Mitglieder, die weder einer Besoldungs- noch einer Vergütungsgruppe angehören, werden in die folgenden Beitragsgruppen eingestuft:

- a) in Beitragsgruppe 1/51: Beamte im Vorbereitungsdienst,
- b) in Beitragsgruppe 68: Waisen,
- c) in die Beitragsgruppe, in die sie bei ihrer planmäßigen Anstellung gehören: Beamte zur Anstellung,
- d) in Beitragsgruppe 17/67: Angestellte, die eine über die höchste Vergütungsgruppe des AnTV hinausgehende Vergütung erhalten.

Wehrdienst, Zivildienst

5 - Für die Dauer des Ruhens der Mitgliedschaft ruht die Pflicht zur Beitragszahlung. Wird die Mitgliedschaft aufrechterhalten, zahlen Mitglieder mit nur einem mitversicherten Angehörigen den Beitrag für Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige; sind zwei oder mehrere Angehörige mitversichert, so ist der Beitrag für Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen zu zahlen. Der Zuschlag zum Beitrag ist stets in voller Höhe zu entrichten. Bei Einberufung zum Grundwehrdienst oder Zivildienst bis zum vierten Werktag eines Monats hat das Mitglied ohne mitversicherte Angehörige für diesen Monat keinen Beitrag zu zahlen.

Zahlung

- 6 - a) Der Beitrag ist monatlich im Voraus zu entrichten. Es ist grundsätzlich der volle Monatsbeitrag zu zahlen, auch wenn die Mitgliedschaft oder Mitversicherung im Laufe des Monats beginnt oder endet.
- b) Werden bei Übernahme als Beamter in den Vorbereitungsdienst im Laufe eines Monats Anwärterbezüge anteilmäßig gezahlt, so ist der Beitrag für diesen Monat ebenso anteilmäßig zu erheben.
- c) Beginnt die Mitgliedschaft beim Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung an einem der letzten drei Werktage eines Monats, so ist der Beitrag erst vom folgenden Monat an zu zahlen.

Einbehaltung

7 - Die Beiträge werden von den Dienst- oder Versorgungsbezügen einbehalten. Das Mitglied erklärt sich durch seinen Beitritt zur KVB hiermit einverstanden.

Selbstzahler

8 - Beiträge, die nicht nach Abs. 7 einbehalten werden können, sind im Voraus, spätestens bis zum Fünften des Monats bei der von der zuständigen Bezirksleitung der KVB bezeichneten Stelle gebührenfrei einzuzahlen.

Sollen die Beiträge aufgrund einer erteilten Einzugsermächtigung des Mitglieds durch die KVB eingezogen werden, sind die Kosten der Rücklastschriftgebühr dem Mitglied anzulasten, wenn der Einzug aus Gründen fehlschlägt, die das Mitglied zu vertreten hat.

Beginn der Änderung

9 - Bei allen Änderungen, die eine Erhöhung des Beitrags zur Folge haben, wird der höhere Beitrag entsprechend nacherhoben. Hat eine Änderung des Familienstandes die Ermäßigung des Beitrages zur Folge, so tritt die Ermäßigung mit dem Ersten des Monats ein, der auf den Eintritt des Ereignisses folgt.

Rückständige Beiträge

10 - Rückständige Beiträge werden von den Dienst- oder Versorgungsbezügen einbehalten, zu Unrecht gezahlte Beiträge werden erstattet. Die zuständige Bezirksleitung der KVB kann bei Nachforderungen Teilzahlungen zulassen. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen.

Ausschluss

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

§ 29a

Leistungen für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften

Leistungen bei Überschreitung der Einkommensgrenze

1 - Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des mitversicherten Ehegatten unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 2 Abs. 5a EStG im Vorvorjahr vor Stellung des Erstattungsantrags die nach Absatz 4 maßgebliche Einkommensgrenze, so wird nur der aus Beitragsmitteln gedeckte Anteil der jeweiligen Tarifleistung ausgezahlt.

Das gilt nicht, wenn

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

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

Einkünfte

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

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

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

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

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

3 - bleibt frei

Einkommensgrenze

4 - Die Einkommensgrenze für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften beträgt für das Jahr 2021 20.000 €.

Diese Einkommensgrenze wird in den Folgejahren jährlich, auf volle Euro abgerundet, im gleichen Verhältnis angepasst, in dem sich der allgemeine Rentenwert West nach der jeweils gültigen Rentenwertbestimmungsverordnung des Vorjahres erhöht. Die Anpassung ist erstmalig für Erstattungsanträge im Jahr 2024 zu Grunde zu legen.

Die jeweils gültige Einkommensgrenze wird von der Hauptverwaltung der KVB jährlich berechnet und mit einem Informationsblatt zur Satzung bekannt gegeben.

Beitragstafel

Der Beitrag beträgt ab 1. Januar 2021

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

eines Betrages, der sich aus der Summe von Grundgehalt Besoldungsgruppe A 7, Überleitungsstufe zu Stufe 8, der am 31.12.2020 geltenden Überleitungstabelle für die Besoldungsordnung A zuzüglich Familienzuschlag Stufe 1 der am 31.12.2020 geltenden Bundesbesoldungsordnung A ergibt, vermindert um den Anteil der jährlichen Sonderzahlung. Hierfür ist der Betrag um 10,42 € zu vermindern und mit dem Faktor 0,9524 zu multiplizieren.

Der hiernach sich ergebende Beitrag wird für Mitglieder

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

des Eckmann Beitrags vom 1. Januar 2021 an eingehoben. Der Einhebungsbetrag für jede Beitragsgruppe ist auf volle 10 Cent auf- oder abzurunden; er wird gemäß § 18 der Satzung bei jeder Beitragsänderung bekannt gegeben.

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

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

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

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

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

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

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

Informationsblatt KVB-Beiträge ab dem 01. Januar 2021*

Mit mitversicherten Angehörigen		Ohne mitversicherte Angehörige	
Beitragsgruppe	Betrag Euro	Beitragsgruppe	Betrag Euro
1	172,80	51	115,20
2	183,90	52	122,70
3	188,70	53	125,90
4	203,20	54	135,60
5	217,80	55	145,30
6	232,30	56	155,00
7	246,80	57	164,60
8	261,30	58	174,30
9	275,80	59	184,00
10	290,40	60	193,70
11	304,90	61	203,40
12	319,40	62	213,10
13	333,90	63	222,70
14	348,40	64	232,40
15	362,90	65	242,10
16	377,40	66	251,80
17	416,20	67	277,60
		68	101,70

(*nicht Bestandteil der Satzung)

**Informationsblatt Bemessungsgrundlage für die Einstufung in Beitragsgruppen
gem. § 28 Abs. 3 / Anhang IV der Satzung der KVB (Stand 01.03.2020)***

Einkommen bis Euro	Beitragsgruppe
2.650,00	2 / 52
2.750,00	3 / 53
2.850,00	4 / 54
2.950,00	5 / 55
3.100,00	6 / 56
3.350,00	7 / 57
3.600,00	8 / 58
3.900,00	9 / 59
4.350,00	10 / 60
4.800,00	11 / 61
5.300,00	12 / 62
5.850,00	13 / 63
6.350,00	14 / 64
7.150,00	15 / 65
7.950,00	16 / 66
mehr als 7.950,00	17 / 67

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

(*nicht Bestandteil der Satzung)

**Informationsblatt zu den Einkommensgrenzen nach § 29a Absatz 4
Stand 01. Januar 2021***

Jahr	Einkommensgrenze
2021	20.000 €

(*nicht Bestandteil der Satzung)

Fortsetzung Seite 55

	§	Abs.
Entschädigungsanspruch nach BVG, OEG	29	10
Ersatzansprüche	29	13
F		
Fortsetzung der Mitgliedschaft	24	
G		
Gerichtsstand	1	2
Geschäftsbereich der Bezirksleitungen	9	1
Geschäftsjahr	11	1
Geschäftsplan	9	4
Gewährung von Leistungen	30	
H		
Hauptgeschäftsführer	8	2
Hauptvertreter der Versicherten	6	2
Hauptverwaltung	8	
J		
Jahresabschluss	13	
K		
Kinder, Mitversicherung	23	
Klage	32	5
L		
Leistungen		
Anspruch auf -	29	
Begrenzung der -	29	16
bei Doppelversicherung	29	14
bei eigenem Beihilfeanspruch	29	6
.....	34	3,4
bei Entschädigungsanspruch	29	10
für mitversicherte Ehegatten mit eigenen Einkünften	29a	
Rückzahlung	29	5
M		
Meldungen		
bei Beginn oder Beendigung der Mitversicherung	23	6
bei Unfällen und Verletzungen	29	12
Mitgliedervertreter		
in der Vertreterversammlung	4	1
im Vorstand	6	1

	§	Abs.
Mitgliedschaft		
Antrag auf -	19	2
Antragsfrist	19	3
Beginn der -	20	
Berechtigte	19	1
Ende der -	21	
Fortsetzung der -	24	
Ruhen der - bei Wehr- oder Zivildienst	26	1
Zuständigkeit für die Aufnahme	19	4
Mitgliedsausweis	19	6
Mitversicherung		
des Ehegatten	22	
des Lebenspartners	22a	
von Kindern	23	
O		
Organe	3	
P		
Personenschäden bei Dienstunfall	29	8
Pflegekinder, Mitversicherung	23	2
R		
Rechnungsführung	11	
Rechnungsprüfung	12	
Rückgabe der Belege	30	6
Rücklage	11	4
S		
Sachschäden mit und ohne Dienstunfall	29	8
Satzungsänderungen	18	
Genehmigung	17	2
Zuständigkeit	5	
Schadenersatzanspruch	29	13
Schulunfall	29	11
Selbstzahler		
Zahlung der Beiträge	28	8
Sitz der KVB	1	3
Stiefkinder, Mitversicherung	23	2
T		
Tarifänderungen	18	
Genehmigung	17	2
Zuständigkeit	7	2



**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	

Verträge, Ausweispflicht

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

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

Behandler, Ort der Behandlung (TS 1.11 - 1.14)

Arztwechsel

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

1.12 - bleibt frei

Ausland

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

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

Wegen stationären Krankenhausbehandlungen im Ausland s. TS 8.4.

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

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

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

Bescheinigungen, Gutachten

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

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

Darüber hinaus sind nach LT Nr. 01 100 erstattungsfähig:

- 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 Arbeitsunfähigkeit/ -fähigkeit des Mitglieds.

Tarifstellenübergreifende Leistungen (TS 1.15 - 1.25)

Nicht genehmigte Heilkur, stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung, kurähnliche Behandlung

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

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

Leistungen bei bestimmten Erkrankungen

1.16 - Zu den Aufwendungen für

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

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

(DS 115/V - Tarif, 01/19)

Tarifstelle 6

Sehhilfen

Allgemeines, ärztliche Verordnung

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

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

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

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

Aufwendungen für

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

sind nicht erstattungsfähig.

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

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

Mehrere Brillen, Sportbrille

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

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

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

Ersatzbeschaffung von Brillen, Reparatur

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

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

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

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

Brillen mit besonderen Gläsern, Vorhänger

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

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

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

b) Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)

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

Kontaktlinsen, Kurzzeitlinsen

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

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

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

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

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

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

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

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

Vergrößernde Sehhilfen

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

Schwere Sehbeeinträchtigung

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

Therapeutische Sehhilfen

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2021 entstandene Aufwendungen)

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2021 entstandene Aufwendungen)

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

Stichwortverzeichnis

	Seite
A	
Abzugsbeträge	13
Ärztliche Verordnung/Bescheinigung	
- von Arznei- und Verbandmitteln	33
- von Haushaltshilfen	93, 94
- von Heilmitteln	39
- von Hilfsmitteln	67
- von Sehhilfen (Brillen)	59
Ambulante	
- Behandlung/Krankenhausbehandlung	93
- Operationen	11, 14, 22.2, 30, 93
- Rehabilitation	43
- Chemotherapie	11, 14, 22.1, 37
- psychiatrische Krankenpflege	40
- psychosomatische Nachsorge	22.1
- Strahlentherapie	11, 14, 22.1, 67, 72, 86
- therapeutische Anwendung radioaktiver Stoffe	86
Ambulanter Rehabilitationssport	44
Anschlussheilbehandlung	83, 93
Anspruchsprüfung	6
Arznei-, Verbandmittel	
- zuschussfähige und nicht zuschussfähige Aufwendungen	33
- bei Zahnbehandlung	30
- wiederholter Bezug	35
Arztwechsel	9
Ausland	
- Behandlung im	9
- Krankenhausbehandlung im	9, 80
- Rechnungsbeträge nicht in Euro	10
- Rechnungen und Belege in ausländischer Sprache	10
Ausschlüsse von Behandlungsverfahren	6, 21, 81
Ausschlussliste	3, 6
Ausweisungspflicht der Versicherten	9
B	
Bäder	50, 51
Beförderungskosten	11
Begleitpersonen	81, 94
Behandlungen besonderer Art	39
Behandlungspflege	13, 40, 41, 42, 57
Beitragsgruppen	8
Beitragsklassen	9
Belastungsgrenze	14
Beschäftigungstherapie	54, 55
Bescheinigungen	10
Besuchsfahrten	13
Betrieb von Hilfsmitteln	74
Blindenhilfsmittel	75

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

C

Chemotherapie	11, 14, 22.1, 37
---------------------	------------------

D

Dauernde Pflegebedürftigkeit	13
Desinfektionskosten	26

E

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

F

Familien- und Haushaltshilfe	
- bei notwendiger außerhäuslicher Unterbringung	93
- im Todesfall	94
- durch nahe Angehörige	94
Fehlgeburten	89, 94
Fototrope Gläser	60
Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen	5, 24, 26
Funktionsanalyse	40
Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen	29
Funktionstraining	44

G

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	4, 7, 22, 22.1, 22.2, 24, 27
Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)	4, 7
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	4, 7, 27, 29
Geburtsfälle	87
Gemischte Krankenanstalten	80
Grundpflege	40, 41, 57
Gutachten	10

H

Härtefallregelung	14, 34
Häusliche Krankenpflege	40
Haushaltshilfe	93, 94
Hauspflege	
- bei Geburten	94
- durch nahe Angehörige	94
Hauswirtschaftliche Versorgung	40, 57
Heilkuren, Kurähnliche Behandlung	
- ohne Genehmigung des Dienstherrn	10, 83
- vom Dienstherrn genehmigt	83
Heilmittel	39
Heil- und Kostenplan	27
Heim, fremder Haushalt	94
Hilfsmittel	
- erstattungsfähige	67
- nicht erstattungsfähige	71
- zum Verbrauch bestimmte	71
- Versorgung über Vertragspartner	76
Hörhilfen/Hörgeräte	69, 77
Hospize	17
Hydrotherapie	49

I

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

K

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

L

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

M

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

N

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

O

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

P

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

R

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

S

Schutzimpfung	21
Schwangerschaft	14, 87, 88
Schwangerschaftsabbruch	88
Sehhilfen	59
- schwere Sehbeeinträchtigung	62
- vergrößernde	62, 66
Sondennahrung	35
Soziotherapie	45
Spende von Gewebe und Blutbestandteilen	18
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	16
Sportbrille	59, 65
Stationäre Krankenhausbehandlung	79
Stationäre Rehabilitationsmaßnahme	
- ohne Genehmigung des Dienstherrn	10
- vom Dienstherrn genehmigt	82
Stationäre Versorgung in Hospizen	17
Sterbegeld	91
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	53
Stoma	70, 71, 78
Strahlentherapie	11, 14, 22.1, 26, 67, 72, 86

T

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

U

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

V

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

W

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

Z

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



**Krankenversorgung
der Bundesbahnbeamten**

Körperschaft des Öffentlichen Rechts

Richtlinien

für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren

Stand: 01.01.2021 |

Inhaltsverzeichnis

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

1. Allgemeines

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) leistet Zuschüsse zu den Aufwendungen einer nach dieser Anlage genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung oder Heilkur in Anlehnung an die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

2. Begriffsbestimmungen

2.1 Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist eine stationäre medizinische Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung gemäß 6.1.1 Nr. 1 oder 3.

Hinweise:

1. Bei stationären Entwöhnungsbehandlungen von Abhängigkeitskranken (z.B. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängige) im Rahmen der medizinischen Rehabilitation handelt es sich grundsätzlich um stationäre Rehabilitationsmaßnahmen.
2. Teilstationäre (ganztägig ambulante) Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen werden wie stationäre Rehabilitationsmaßnahmen behandelt. Sie unterscheiden sich von stationären Behandlungen durch den Wegfall der Übernachtung. Zwischen Beginn und Ende der teilstationären Behandlung können behandlungsfreie Tage liegen. Die Gesamtkosten einer teilstationären Behandlung sollen die Gesamtkosten einer sonst notwendigen stationären Behandlung nicht übersteigen.
3. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann auch in Form einer Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur oder familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.
4. Die familienorientierte Rehabilitation ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei schweren chronischen Erkrankungen eines Kindes (insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose), nach Herzoperation oder nach Organtransplantation eines Kindes, für die eine ärztliche Verordnung notwendig ist.

2.2 Anschlussheilbehandlung (AHB)

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

2.3 Heilkur

Heilkur im Sinne dieser Richtlinien ist eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung. Anerkanntes Heilbad oder anerkannter Kurort sind solche, die in Anlage 15 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt sind. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden und ortsgebunden sein.

Hinweise:

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

2.4 Ärztlicher Befund

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

2.5 Behandlung im Ausland

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

Die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung mit Einweisung erfolgt grundsätzlich zur Durchführung im Inland gemäß 6.1.1. Nr. 1 oder 3.

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

Eine Heilkur muss in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort, welcher in Anlage 15 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt ist, durchgeführt werden.

2.5.2 bleibt frei

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

3. Anspruchsberechtigung

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

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

4. Ausschlüsse und Leistungsbegrenzungen

4.1 Bleibt frei

4.2 Beihilfeanspruch bei einem anderen Dienstherrn als dem BEV

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

4.3 Ansprüche aufgrund von Rechtsvorschriften

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

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

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

4.4 Bleibt frei

4.5 Sperrfristen

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

5. Antrag und Genehmigung

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

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

5.3 Eine Heilkur wird genehmigt, wenn sie nach dem durch die KVB beauftragten Gutachten medizinisch notwendig ist und eine ambulante ärztliche Behandlung sowie die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind. Die nachträgliche Genehmigung einer Heilkur ist ausgeschlossen.

5.4 Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird genehmigt, wenn sie nach dem durch die KVB beauftragten Gutachten notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann. Als Gutachten gilt auch eine im Auftrag der Pflegeversicherung erstellte Rehabilitationsempfehlung, welche mit der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zugestellt wird.

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

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

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

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

5.8 Eine Begleitperson kann im Ausnahmefall genehmigt werden. Voraussetzung ist eine Bestätigung der aufnehmenden Rehabilitationseinrichtung vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme, dass für eine erfolgsversprechende Behandlung eine Begleitperson zwingend notwendig ist.

6.4 Zuschussfähige Aufwendungen bei Transport/Beförderung

Zuschussfähig sind die Fahrtkosten für die An- und Abreise mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten.

Wird ein privater Pkw benutzt, sind in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) 0,20 € je Kilometer zuschussfähig.

Für die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise) ist insgesamt ein Höchstbetrag von 200 € zuschussfähig. Die notwendigen Kosten der Gepäckbeförderung werden auf Nachweis durch Belege zusätzlich bezuschusst, sofern regelmäßig verkehrende, öffentliche Verkehrsmittel benutzt wurden. Allerdings darf dabei der Betrag von 200 € für die Gesamtmaßnahme nicht überschritten werden.

Bei einer Anschlussheilbehandlung sind die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, nicht zuschussfähig.

Wird bei einer Anschlussheilbehandlung eine Krankenförderung ärztlich verordnet, sind die entstandenen notwendigen Beförderungskosten für den Transport mit dem verordneten Beförderungsmittel zuschussfähig. Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme sind in besonderen Ausnahmefällen auch die entstandenen notwendigen Aufwendungen für den Transport mit anderen Beförderungsmitteln zuschussfähig.

Voraussetzung ist, dass wegen Art und Schwere der Erkrankung ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann und die Benutzung eines privaten PKWs nicht in Betracht kommt. Eine ärztliche Verordnung (z.B. für die Beförderung mit Taxi) ist dem Antrag auf Bezuschussung der Beförderungskosten beizufügen. Auch hier gilt die Obergrenze von 200 €.

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Tarifs der KVB.

Hinweise:

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

7. Bleibt frei



8. Abrechnung und Zahlung der Zuschüsse

8.1 Stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung

8.1.1 Vorlage der Kosten durch die KVB

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

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

8.1.2 Vorlage der Kosten durch den Anspruchsberechtigten

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

Die KVB überweist die Tarifleistung dem Anspruchsberechtigten.

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

8.1.3 Familien- und Haushaltshilfe

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

8.2 Heilkuren

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

8.3 Verfahren

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

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

9. Entscheidung

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

10. Übergangs- und Schlussvorschrift

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

11. Inkrafttreten

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



Krankenversicherung
der Bundesbahnbeamten

Mitglied - Angaben stets erforderlich

Erstattungsantrag

Mitglieds-Nr.

/

Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten
Bezirksleitung Wuppertal
- Posteingangsstelle -
42099 Wuppertal

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung (KV)

oder

Pflegeversicherung (PV)

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

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

Falls ja, aufgrund

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

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

Betreffen vorgelegte Belege einen Unfall/eine Verletzung?

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

Tag des Unfalls/der Verletzung: _____

Unfallfragebogen/Tatbestandsschilderung ist beigelegt wurde bereits vorgelegt

3. - bleibt frei -

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

Der Ehegatte hatte im Vorvorkalenderjahr keine Einkünfte

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

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

über der Einkommensgrenze nach § 29a Abs. 4 Satzung

Der Ehegatte hat im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich keine Einkünfte

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

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

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

Bitte die Unterschrift auf der Rückseite nicht vergessen!



5. Änderung personenbezogener Daten (falls zutreffend):

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

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

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

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

7. Zusätzliche Angaben bei

7.1 - stationärer Krankenhausbehandlung, wenn Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden

Eine Bezuschussung von Wahlleistungen kann ohne vorliegende Wahlleistungsvereinbarung nicht erfolgen!

Die Wahlleistungsvereinbarung ist beigelegt wurde bereits vorgelegt

7.2 - Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen, Reparaturen)

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

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

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

Ich bestätige ausdrücklich die Richtigkeit der Angaben.

Mir ist bekannt, dass

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der / des Bevollmächtigten)



Informationsblätter

S - Satzung

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

T - Tarif

Tarifstelle 1

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

Tarifstelle 2

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

Tarifstelle 3

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

Tarifstelle 4

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

Tarifstelle 5

- T 5.1 - Informationen zu ambulantem Rehabilitationssport

Tarifstelle 7

- T 7.1 - Informationen zur Hilfsmittelversorgung über Vertragspartner der KVB

Tarifstelle 8

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

Tarifstelle 10

- T 10.1 - Informationen zu Sterbegeld

Tarifstelle 11

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

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

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

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

Informationen zur Mitversicherung von Kindern während des Studiums



Voraussetzungen:

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

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

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

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

Nach Wegfall der vorgenannten Voraussetzungen ist in keinem Fall eine Mitversicherung in der KVB mehr möglich. Eine eigenständige Mitgliedschaft kann wegen fehlender Voraussetzungen nach § 19 Abs. 1 der KVB-Satzung nicht begründet werden.

Möglichkeiten

Es bestehen für die in der KVB mitversicherten studierenden Kinder z. Z. folgende Möglichkeiten:

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

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

- Abschluss einer eigenständigen Versicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen. Das Versicherungsverhältnis ist der Bezirksleitung durch Übersendung einer Kopie der Versicherungspolice anzuzeigen.

Auch hier besteht eine Doppelversicherung. Die Leistungen der privaten Versicherung müssen zuerst in Anspruch genommen werden. Bei Vorleistung der privaten Versicherung können auch hier etwaige verbleibende Restkosten im Rahmen des Tarifs bezuschusst werden.

- Abschluss einer Restkostenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen für das mitversicherte studierende Kind.

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

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

- Als Familienversicherte in einer GKV (unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 25. Lebensjahr möglich).

Hier besteht auch eine Doppelversicherung. Die Leistungen der anderen Kasse müssen nicht vorrangig in Anspruch genommen werden. Bei vorrangiger Inanspruchnahme der anderen Kasse leistet die KVB im Rahmen des Tarifs Zuschüsse zu den Kosten, die von der GKV nicht übernommen wurden.

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Informationen zur Mitteilung von Änderungen in den persönlichen Verhältnissen

Um die Mitgliedschaft in der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) sachgerecht zu führen, ist es erforderlich, dass uns mitglieds- und beitragsrelevante Sachverhalte und Änderungen in den persönlichen Verhältnissen zeitnah mitgeteilt und die erforderlichen Nachweise beigelegt werden. Dadurch werden Fristen gewahrt und Beitragsnachforderungen oder Leistungsrückforderungen vermieden.

Es reicht nicht aus, Änderungen dem Bundeseisenbahnvermögen (BEV) mitzuteilen, da diese Informationen überwiegend nicht automatisch an die KVB weitergegeben werden können. Ansprechpartner bei der KVB ist die Mitglieds- und Beitragsabteilung bei der jeweiligen Bezirksleitung der KVB. Mitteilungen und Mitgliedsdaten werden unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen bearbeitet. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter kennt die einschlägigen Bestimmungen und wurde zu deren Einhaltung und zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Änderungen werden nur durchgeführt, wenn der KVB entsprechende Unterlagen in schriftlicher bzw. archivierbarer Form vorliegen. Eine telefonische Mitteilung reicht hierfür leider nicht aus.

Nachfolgend eine Auswahl der Sachverhalte, die der KVB unverzüglich zu melden sind. Sie ist nicht abschließend. Im Zweifelsfalle fragen Sie bitte bei der KVB nach:

- Änderung der Anschrift, der Bankverbindung, Verlegung des Wohnsitzes oder dauernder Aufenthalt im Ausland
Bitte nutzen Sie die im Formularcenter bereitgestellten Formulare „Mitteilung Anschriftenänderung“ und „Änderung Bankverbindung“
- Bestimmung eines amtlichen Betreuers
Bitte fügen Sie eine Kopie der amtlichen Betreuungsurkunde bei.
- Erteilung einer Vollmacht
Bitte nutzen Sie hierfür das bereitgestellte Formular „Vollmacht“

Bitte beachten Sie, dass **Vorsorgevollmachten** nicht zu einem besonderen Termin oder Ereignis, sondern nur ab der Vorlage bei der KVB umgesetzt werden können. Ist das nicht gewünscht, legen Sie diese bitte erst zu dem Zeitpunkt bei der KVB vor, ab dem sie gelten sollen.

- Sterbefall des Mitglieds oder mitversicherter Angehöriger
*Sterbefälle können erst nach **Vorlage der Sterbeurkunde** bei der KVB bearbeitet werden. Bitte fügen Sie daher der Mitteilung die Kopie einer Sterbeurkunde und gemäß § 29 Abs. 1 der Satzung ggf. einen Erbschein oder eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde bei.*
- Änderung des Familienstandes oder Namensänderung
Bitte fügen Sie eine Kopie der Heirats-, Lebenspartnerschaftsurkunde bzw. des rechtskräftigen Scheidungsurteiles bzw. der Namensänderung bei.

- Geburt eines Kindes, Adoption, Aufnahme eines Pflegekindes
Bitte fügen Sie eine Kopie der Geburts-, Adoptionsurkunde, Nachweis Aufnahme als Pflegekind bei.
- Wegfall und Verlängerung der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familiennachschlag
Bitte fügen Sie eine Kopie der Mitteilung der Festsetzungsbehörde bei.
- Beginn oder Beendigung einer Pflichtversicherung, freiwilligen Versicherung oder Familienversicherung – auch der mitversicherten Personen
 - in einer gesetzlichen Krankenkasse.
Bitte fügen Sie eine Kopie der Mitgliedsbescheinigung der gesetzlichen Krankenkasse bei.
 - in einer privaten Krankenversicherung
Bitte fügen Sie eine Kopie der Versicherungsbescheinigung bei.
- Beginn und Ende einer eigenen Beihilfeberechtigung des mitversicherten Ehegatten/Lebenspartners oder Kindes
Bitte fügen Sie eine Kopie der Mitteilung der Beihilfestelle bei.
- Überschreiten der Einkommensgrenze beim mitversicherten Ehegatten / Lebenspartner (Stand 2021: 20.000 € im **Vorvorkalenderjahr**) sowie ein nachfolgendes Unterschreiten
*Bitte nutzen Sie das Formular „Einkommensnachweis Ehegatten“ und fügen eine Kopie des Steuerbescheides des **Vorvorkalenderjahres** bei.*
- Rentenantragstellung und ob eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner besteht oder wenn sie entfällt
Bitte fügen Sie eine Kopie der Mitgliedsbescheinigung der gesetzlichen Krankenkasse bei.
- Beurlaubung unter Wegfall der Bezüge oder Erziehungsurlaub (Beginn, Verlängerung, Ende) sowie Beförderung; Eintritt in den Ruhestand; sowie Dienstherrenwechsel oder Ausscheiden aus dem Dienst
Bitte fügen Sie eine Kopie der Mitteilung der Festsetzungsbehörde bei.

Sie erreichen die Mitglieds- und Beitrags Teams wie folgt:

Kassel	Tel. 0561 7813 166	mitgliedsfragen.kassel@kvb.bund.de
Karlsruhe	Tel. wie Rosenheim	mitgliedsfragen.karlsruhe@kvb.bund.de
Münster	Tel. 0251 6271 444	mitgliedsfragen.muenster@kvb.bund.de
Rosenheim	Tel. 08031 4076 161	mitgliedsfragen.rosenheim@kvb.bund.de
Wuppertal	Tel. 0202 4966 333	mitgliedsfragen.wuppertal@kvb.bund.de

Alternativ können Sie auch im Internetauftritt der KVB unter „Kontakt“ die Rubrik „Fragen zu Mitglieds- und Beitragswesen“ nutzen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

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



Allgemeines

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

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

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

Das gilt nicht, wenn

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

Die ungekürzte Tarifleistung wird in diesem Fall insoweit zunächst unter Vorbehalt gezahlt.

Die Einkünfte nach § 29a Abs. 1 der Satzung umfassen folgende Einkunftsarten:

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

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Abs. 3 EStG ist der Gesamtbetrag der Einkünfte, der um die Beträge nach § 2 Abs. 5a EStG zu erhöhen bzw. zu vermindern ist.

Einkünfte aus Land und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten. Für die Ermittlung der Einkünfte sind die Bestimmungen des Steuerrechts maßgebend.

Hinweise zum Einkommensteuergesetz

- § 22 EStG – Arten der sonstigen Einkünfte

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

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

soweit sie jeweils der Besteuerung unterliegen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihre KVB

Informationen zum Stellen von Erstattungsanträgen



1. Allgemeines

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

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

Nach einmaliger Registrierung können Sie nach Anmeldung mit Benutzernamen und Passwort auf der Internetseite der KVB:

www.kvb.bund.de

das „Formular Erstattungsantrag“ herunterladen und ausdrucken. Mit demselben Benutzernamen und Passwort können Sie auch die „KVB ServiceApp“ nutzen.

Antragsberechtigung

Antragsberechtigt ist grundsätzlich nur das Mitglied selbst oder eine vom Mitglied bevollmächtigte Person; für nicht voll geschäftsfähige Waisen der gesetzliche Vertreter.

Soweit Sie nicht bereits über eine Vollmacht verfügen und diese der KVB vorgelegt haben, können Sie ein entsprechendes Antragsformular zur Erteilung einer Vollmacht bei der KVB-Bezirksleitung anfordern oder aus dem Internet unter www.kvb.bund.de herunterladen und selbst ausdrucken. Eine vorgelegte Vollmacht behält ihre Gültigkeit bis der Widerruf der KVB schriftlich angezeigt wird. Über die Inhalte der Vollmacht hinausgehende Weisungen des Bevollmächtigten (z.B. Zahlung von Zuschüssen auf ein anderes Konto) kann nur dann gefolgt werden, wenn die antragstellende Person hierzu vom Mitglied ergänzend schriftlich bevollmächtigt wurde.

Ausschlussfrist

Leistungen werden nur gewährt, wenn sie **innerhalb eines Jahres** beantragt werden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Erstaufbereitung der Rechnung, bei häuslicher Pflege nach Tarifstelle 5 mit dem letzten Tag des Monats in dem die Pflege erbracht wurde. Bei Arzneimitteln ist der Tag des Bezugs, bei wiederholtem Bezug der letzte Bezugstag, maßgebend.

2. Antragstellung mit Formular „Erstattungsantrag“

Mit jeder Erstattungsmitteilung wird Ihnen ein personalisiertes „Formular Erstattungsantrag“ zugesandt.

Der Erstattungsantrag sollte deutlich lesbar, möglichst in Druckschrift, mit Kugelschreiber, Tinte, Schreibmaschine oder PC ausgefüllt bzw. erstellt sein. Unvollständige oder fehlende Angaben können dazu führen, dass der Antrag nicht oder nur mit Verzögerung bearbeitet werden kann.

Der Erstattungsantrag muss grundsätzlich vom Mitglied oder der bevollmächtigten Person **eigenhändig** unterschrieben werden. Maschinell erstellte Unterschriften werden nicht anerkannt.

Beizufügende Unterlagen und Frankierung

Rechnungen mit Anlagen (z.B. Sachkostennachweise, Laborkostenrechnungen), Rezepte und andere Belege müssen fortlaufend nummeriert werden. Die Vorlage von Einzahlungsscheinen und Quittungen ist – außer im Zusammenhang mit Sterbefällen – nicht erforderlich.

Bitte legen Sie die Belege lose bei oder verbinden Sie die Belege allenfalls mit Büroklammern. Bitte keinesfalls Heftklammern, Kleber, Klebestreifen o.ä. zur Befestigung verwenden!

Die Erstattungsanträge, die in Papierform an die KVB-Bezirksleitung Wuppertal gesandt werden, sind ausreichend zu frankieren. Sendungen mit Nachporto wegen unzureichender Frankierung werden von der KVB nicht angenommen.

Aufgrund der Bearbeitung mit einem „elektronischen Vorgangsbearbeitungssystem (VBS)“ werden generell keine Belege mehr zurück gesandt. Aus diesem Grund sind Zweitschriften grundsätzlich ausreichend. Beachten Sie bitte, dass auf Rezeptkopien ein Originalstempel der abgegebenen Apotheke angebracht sein muss!

3. Antragstellung über die KVB ServiceApp

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

Stellen Sie einen Erstattungsantrag über die „KVB ServiceApp“, ist das Beifügen eines ausgefüllten „Formulars Erstattungsantrag“ nur nach Aufforderung durch Hinweise in der App erforderlich. Sind ergänzende Unterlagen vorzulegen, erhalten Sie ebenfalls entsprechende Hinweise in der App. Fotografieren Sie in diesen Fällen beide Seiten des „Formulars Erstattungsantrag“ als erstes Dokument ab. Werden weitere Formulare, z.B. ein Unfallfragebogen, erforderlich, füllen Sie diese bitte vollständig aus und fotografieren Sie alle Seiten in der richtigen Reihenfolge.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle bedruckten Seiten der zum Erstattungsantrag gehörenden Dokumente einzeln und gut lesbar abfotografieren.

Bei Nutzung der „KVB ServiceApp“ erfolgt der Nachweis der Antragsberechtigung durch die Authentifizierung mit Benutzername und Passwort. Eine Nutzung durch Bevollmächtigte mit eigenen Zugangsdaten ist zunächst noch nicht möglich.

Ihre abfotografierten Dokumente sollten Sie mindestens bis zum Erhalt der Erstattungsmitteilung aufbewahren.

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

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die Verfahren zum Stellen von Erstattungsanträgen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Informationen zu Behandlungen im Ausland

Allgemeines

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

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

Leistungen der KVB

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

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

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

KVB-Mitgliedsausweis, Auslandskrankenschein

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

Es werden daher keine Auslandskrankenscheine, Berechtigungsscheine usw. ausgegeben.

Schutzimpfungen

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

Krankenhausbehandlung

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

Behandlungen besonderer Art

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

Heilbehandlungen bei Durchführung von kurähnlichen Maßnahmen

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

Hierbei ist folgendes zu beachten:

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

Beförderungskosten

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

Rechnungen

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

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

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

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



Informationen zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln

Allgemeines

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

Was bedeutet ein Festbetrag für Arzneimittel?

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

Die zuständigen politischen Gremien sind der Auffassung, dass es unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht vertretbar ist, die 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. So hat der Arzt, der ein Medikament verschreiben will, die Wahl zwischen mehreren therapeutisch gleichwertigen Präparaten, die er dem Patienten auf Kosten der Krankenkasse verschreiben kann. Die Daten zu den Festbeträgen können Sie im Internet beim „Deutschen Institut für medizinische Dokumentation (DIMDI)“ (www.dimdi.de) unter [Arzneimittel/Festbeträge und Zuzahlungen](#) erhalten.

Welche Auswirkungen hat ein Festbetrag auf die Zuschussfähigkeit des Arzneimittels?

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

Bitte unbedingt beachten:

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

Beispiel:

	Originalpräparat	wirkstoff- bzw. wirkungsgleiches Ersatzpräparat (Apothekenabgabepreis unter Festbetrag) - nicht zuzahlungsbefreit -
Apothekenabgabepreis	81,53 €	19,45 €
Festbetrag	<u>25,26 €</u>	<u>25,26 €</u>
Zuschussfähiger Betrag	25,26 €	19,45 €
Abzgl. Eigenanteil (10%, 5 - 10€)	<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 €

Was bedeutet eine Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel?

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

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

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

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

Was Sie als Mitglied oder mitversicherter Angehöriger tun sollten:

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

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

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

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

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

_____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂ _____ ✂
(Bitte abschneiden und dem behandelnden Arzt bzw. Apotheker vorlegen)

Information der KVB an den behandelnden Arzt



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

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

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

In diesem Zusammenhang weisen wir auch nochmals daraufhin, dass für KVB-Mitglieder hinsichtlich nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel die Arzneimittelrichtlinien gelten.

Information der KVB an den Apotheker



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

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

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

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

Informationen zur Krankenhausbehandlung



Allgemeines

Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des KVB-Tarifs kann vollstationär, teilstationär oder als vor- und nachstationäre Behandlung einer akuten Erkrankung erfolgen. Die Aufwendungen einer Krankenhausbehandlung werden bezuschusst, wenn und solange die Behandlung nach ärztlichem Befund erforderlich ist.

Wahl des Krankenhauses

Das Krankenhaus kann unter den zugelassenen Krankenhäusern frei gewählt werden (Hinweis: Beförderungskosten werden nach Tarifstelle 1.17 nur zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus als zuschussfähig anerkannt). Zur Behandlung in einer Privatklinik oder einer Gemischten Krankenanstalt sind die Informationen auf Seite 3 zu beachten.

Zugelassene Krankenhäuser

Folgende Krankenhäuser gelten als zugelassen:

- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, z.B. Kreiskrankenhäuser,
- Hochschulkliniken und
- Krankenhäuser, die sich in einem Versorgungsvertrag verpflichtet haben an der Krankenhausversorgung teilzunehmen.

Leistungsangebot der zugelassenen Krankenhäuser

Bei den Krankenhausleistungen unterscheidet man allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

- Allgemeine Krankenhausleistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Dazu gehören insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung sowie die aus medizinisch notwendigen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten im Krankenhaus.

Die „Allgemeinen Krankenhausleistungen“ werden dem Krankenhaus im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) durch diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) vergütet. Bei psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen erfolgt die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen entsprechend der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) nach tagesgleichen Pflegesätzen.

- Wahlleistungen

Neben den Pflegesätzen bzw. Fallpauschalen dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden. Zuschussfähige Wahlleistungen sind

- die gesondert berechneten **wahlärztlichen Leistungen** (Chefarztbehandlung) und

- die gesondert berechnete **Unterkunft** in einem Zwei- oder Einbettzimmer.
Als Kosten eines Zwei- oder Einbettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als zuschussfähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommen. Die Kosten für besondere Serviceleistungen (z.B. gesondert berechnete Nasszelle, Bereitstellung von Telefon, Fernseher sowie gewünschte Sonderverpflegung u.a.m.) können im Rahmen der Wahlleistung Unterkunft **nicht** als zuschussfähig anerkannt werden; dies gilt auch dann, wenn ein sogenanntes „Komfortzimmer“ in Anspruch genommen wird.

Falls Sie vom Krankenhaus angebotene Wahlleistungen (Chefarztbehandlung und/oder Unterkunft in einem Zwei- oder Einbettzimmer) in Anspruch nehmen möchten, dann beachten Sie bitte Folgendes:

- Die Wahlleistungsvereinbarung muss vor der Erbringung der Leistung **schriftlich** mit dem Krankenhaus vereinbart werden.
- Wahlleistungsvereinbarungen sind erst ab dem Tage gültig, an dem sie unterzeichnet wurden; eine Rückdatierung der Wahlleistungsvereinbarung ist unzulässig.
- Patient und Krankenhausträger bzw. dessen Vertreter müssen die Wahlleistungsvereinbarung unterschreiben. Ist der Patient nicht in der Lage, die Unterschrift selbst zu leisten, kann er ggf. auch mündlich einen Dritten, wie z.B. eine Krankenpflegkraft, mit der Unterschrift beauftragen und diese nachträglich genehmigen. Möglich ist auch die Abgabe der entsprechenden Willenserklärung z.B. durch den Ehegatten.
- Die Wahlleistungsvereinbarung muss der Bezirksleitung **spätestens** zusammen mit der ersten Rechnung (Chefarztrechnung und/oder Rechnung für die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer) vorgelegt werden.

Abrechnung der Leistungen

Soweit möglich, werden die Kosten für stationäre Krankenhausleistungen von der KVB direkt mit dem Krankenhaus abgerechnet. Haben Mitglieder oder mitversicherte Angehörige nur Anspruch auf den aus Beitragsmitteln gedeckten Anteil der Tarifleistung der KVB, kann eine direkte Abrechnung mit dem Krankenhaus nicht erfolgen.

Falls stationäre Krankenhausleistungen dem Mitglied unmittelbar in Rechnung gestellt werden (z.B. wahlärztliche Leistungen, Zuschlag für die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer), können die Rechnungen der KVB mit Erstattungsantrag vorgelegt werden.

Zuschüsse der KVB

- Allgemeine Krankenhausleistungen

Bei Behandlung in der Regelpflegeklasse werden die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der ärztlichen Leistungen nach dem KHEntgG bzw. der BPfIV abgegolten. Der Zuschuss der KVB beträgt **100% der zuschussfähigen Aufwendungen**.

- Wahlleistungen

Auch bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen werden die „Allgemeinen Krankenhausleistungen“ grundsätzlich mit 100% der zuschussfähigen Aufwendungen bezuschusst. Daneben werden für vereinbarte Wahlleistungen Zuschüsse gezahlt, und zwar für

- die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer:
80% des um 2,50 €/tgl. geminderten Zuschlags für das Zweibettzimmer,
75% des um 2,50 €/tgl. geminderten Zuschlags für das Einbettzimmer,
- wahlärztliche Leistungen **bei gleichzeitig gewählter Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer: 80%** der anerkannten Arztkosten,
- wahlärztliche Leistungen bei Unterbringung in der Regelpflegeklasse:
100% der anerkannten Arztkosten.

- **Belegabteilung (Belegarzt)**

Bei der Unterbringung in der Belegabteilung eines Krankenhauses werden neben den allgemeinen Krankenhausleistungen die ärztlichen Leistungen gesondert berechnet. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach der in Anspruch genommenen Unterbringung (wie vorstehend). Für die belegärztliche Leistung ist eine Wahlleistungsvereinbarung nicht erforderlich.

Behandlung in Privatkliniken

Privatkliniken unterliegen in ihrer Abrechnung nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Da die KVB die Aufwendungen der Leistungen nur auf der Grundlage des KHEntgG bzw. der BPfIV bezuschusst, kann es zu hohen Selbsthalten kommen. Wenn Sie beabsichtigen, sich in einer Privatklinik behandeln zu lassen, empfehlen wir Ihnen, sich **vor der Behandlung** von der Privatklinik eine Kostenaufstellung mit den Diagnosen (ICD10) und den Operations- und Prozedurenschlüsseln (OPS) ausfertigen zu lassen und diese der Bezirksleitung zuzusenden. Mit diesen Angaben kann die Bezirksleitung schon vor der Behandlung eine Aussage zur Höhe der voraussichtlich zuschussfähigen Aufwendungen treffen.

Bei Behandlung in Privatkliniken, die nach der BPfIV abrechnen (in der Regel Privatkliniken für Psychosomatik / Psychotherapie), sind der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz zuschussfähig. Die Höhe der zuschussfähigen Sätze finden Sie im Tarif [Tarifstelle 8.2 Nr. 2] der KVB.

Gesondert berechnete Wahlleistungen für die Unterkunft in einem Zweibettzimmer sind bis zur Höhe von 1,5% (= **56,57 €**) bzw. für die Unterkunft in einem Einbettzimmer bis zur Höhe von 2,7% (= **101,83 €**) des Bundesbasisfallwertes (obere Korridorgrenze = **3.771,62 €**) zuschussfähig. Von dem zuschussfähigen Betrag für das Zwei- bzw. Einbettzimmer werden 2,50 € pro Tag abgezogen.

Beachten Sie zu Wahlleistungen bitte auch die Hinweise auf den Seiten 1 u. 2 dieses Informationsblattes!

- **Ausnahme: Notfallversorgung**

Wenn eine Privatklinik zur Notfallversorgung als nächstgelegenes Krankenhaus aufgesucht werden musste, sind die Aufwendungen ohne die vorgenannten Begrenzungen zuschussfähig.

Eigenanteile bei einer stationären Krankenhausbehandlung

Von den zuschussfähigen Aufwendungen verbleiben dem Mitglied sowie den mitversicherten Angehörigen Eigenanteile nach Tarifstelle 1.20.1 Nr. 2 in Höhe von **10 € je Kalendertag** höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr (siehe hierzu aber auch Tarifstelle 1.20.1).

Vorherige Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in einer gemischten Krankenanstalt

Unter gemischten Krankenanstalten versteht man Krankenhäuser, die sowohl medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, als auch Heil- und Kurbehandlungen durchführen oder auch Rekonvaleszenten aufnehmen. Soll eine stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Krankenanstalt durchgeführt werden, dann muss **vor Behandlungsbeginn** die schriftliche Kostenzusage der jeweiligen KVB-Bezirksleitung eingeholt werden.

Was ist bei der Aufnahme in ein Krankenhaus zu beachten?

- Weisen Sie sich bitte bei der Aufnahme mit dem Mitgliedsausweis der KVB aus,
- geben Sie bitte eventuell anderweitig bestehende Krankenversicherungen an.
- Beachten Sie bitte die Hinweise zu Wahlleistungsvereinbarungen!

Bei stationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland ist Folgendes zu beachten:

Bei innerhalb der Europäischen Union (inkl. Großbritannien und Nordirland bis 31.12.2020) entstandenen zuschussfähigen Aufwendungen stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt, d.h. die Aufwendungen gelten grundsätzlich als zuschussfähig. Aufwendungen stationärer Leistungen in Privatkliniken werden entsprechend der Bestimmungen der Tarifstelle 8.2 bezuschusst.

Außerhalb der Europäischen Union entstandene zuschussfähige Aufwendungen stationärer Leistungen werden nach den Bestimmungen der Tarifstelle 8.2 bezuschusst.

Kein Kostenvergleich findet statt, wenn das Mitglied oder ein mitversicherter Angehöriger zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen musste. Eine unmittelbare Abrechnung der Kosten zwischen dem ausländischen Krankenhaus und der KVB ist im Allgemeinen nicht möglich.

Was zählt nicht zu einer Krankenhausbehandlung?

- Genehmigungspflichtige stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen aller Art (z.B. Anschlussheilverfahren (AHB) und Entwöhnungsmaßnahmen für Suchtkranke) sowie Heilkuren sind keine Krankenhausbehandlung im Sinne des Tarifs der KVB. Derartige Heilmaßnahmen können vom Anspruchsberechtigten mit Formantrag bei der KVB-Hauptverwaltung Geschäftsgruppe Rehabilitation, Postfach 20 02 53 in 60606 Frankfurt am Main beantragt werden.

Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass während der Rehabilitationsmaßnahme Wahlleistungen aller Art **nicht** zuschussfähig sind und ein Teil der Kosten (im Allgemeinen = 15% der anerkannten Aufwendungen) vom Anspruchsberechtigten selbst zu tragen sind.

Für die Durchführung und Abrechnung einer genehmigten Heilkur hat der Anspruchsberechtigte selbst zu sorgen. Zuschüsse sind mit KVB-Erstattungsantrag unter Beifügung der Rechnung, des Genehmigungsschreibens der KVB, Geschäftsgruppe Rehabilitation sowie des Kurabschlussberichts bei der zuständigen KVB-Bezirksleitung zu beantragen. Zu allen anderen Heilmaßnahmen sind die Belege zur Kostenerstattung bei der KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation, vorzulegen.

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zur stationären Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung, Heilkur und zu kurähnlichen Maßnahmen



Allgemeines

Die KVB leistet für ihre Mitglieder und mitversicherten Angehörigen zu den Aufwendungen einer von der KVB genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Heilkur Zuschüsse gemäß Satzung und Tarif. Die Ansprüche richten sich nach den „Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren“ (Anlage 1 zum Tarif der KVB) und den Tarifstellen 8.9 bis 8.12.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Heilkur oder Anschlussheilbehandlung muss grundsätzlich vor Antritt bei der KVB Hauptverwaltung (KVB-HV), Geschäftsgruppe Rehabilitation beantragt und genehmigt worden sein. Eine Genehmigung erfolgt für die Dauer von drei Wochen. Eine Heilkur oder Mutter/Vater-Kind-Kur kann nicht verlängert werden. Ein Anspruch auf Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften ist vorrangig in Anspruch zu nehmen. Besteht ein Anspruch auf Leistungen bei einem anderen Dienstherrn als dem Bundeseisenbahnvermögen, ist der Antrag beim Dienstherrn und nicht bei der KVB zu stellen.

Die aktuellen Anträge, den Reha-Befundbericht, Merkblätter wie die „Hinweise zum Rehabilitationsantrag“ und weitergehende Informationen finden Sie im Internetauftritt der KVB unter <http://www.kvb.bund.de>. Die Antragsformulare stehen dort auch als beschreibbare Formulare zur Verfügung, die Sie anschließend ausdrucken können.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Zur stationären Rehabilitationsmaßnahme gehören auch die Mutter/Vater-Kind-Kur, die familienorientierte Rehabilitation und die Entwöhnungsbehandlung. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme dient zur Behandlung langwieriger und chronischer Erkrankungen in einer Rehabilitationseinrichtung unter ärztlicher Leitung. Sie kann mit Einweisung durch die KVB oder ohne Einweisung (als Selbstzahler) beantragt werden. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann auch für eine teilstationäre (ganztägig ambulante) Rehabilitation beantragt werden, welche sich nur durch den Wegfall der Übernachtung unterscheidet.

Ihr Arzt muss die stationäre Rehabilitation für medizinisch notwendig erachten, andere Behandlungsmöglichkeiten müssen ausgeschöpft sein. Im laufenden und in den drei vorangegangenen Kalenderjahren dürfen Sie keine Heilkur oder stationäre Rehabilitation (Ausnahme: familienorientierte Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung) durchgeführt haben.

Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird mit dem **Rehabilitationsantrag** der KVB beantragt. Der zusätzlich erforderliche **Reha-Befundbericht** soll vom behandelnden Arzt anhand bereits erhobener Befunde und vorliegender Berichte ohne zusätzliche Untersuchung erstellt werden. Sie müssen im Reha-Befundbericht die Zustimmung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, zur Übermittlung personenbezogener Daten sowie zur Verarbeitung der Daten erklären. Wenn der Rehabilitationsantrag und die erforderlichen Befundunterlagen vorliegen, beauftragt die KVB eine gutachterliche Stellungnahme. Nach Eingang der Stellungnahme genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den Rehabilitationsantrag oder lehnt ihn ab. In dem Genehmigungsschreiben wird die bewilligte Leistung erläutert.

- **Bei Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme mit Einweisung** durch die KVB weist die KVB den Patienten in eine medizinisch geeignete Rehabilitationseinrichtung im Inland ein und erteilt einen Behandlungsauftrag mit Kostenzusage. Es können nur Rehabilitationseinrichtungen belegt werden, die einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mit der Deutschen Rentenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Die Kostenzusage der KVB gilt für einen vollpauschalierten Tagespflegesatz, welche alle notwendigen Leistungen einschließt (Unterkunft, Verpflegung, Arzt, Anwendungen etc.). Die Rehabilitationseinrichtung vereinbart dann mit dem Patienten einen Aufnahmetermin. Nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme wird die Rehabilitationseinrichtung die gesamten Aufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme direkt mit der KVB abrechnen. Die KVB stellt dem Mitglied anschließend den vorgelegten Eigenbehalt in Rechnung.

Bei Anspruch auf volle Tarifleistung beträgt der **tarifliche Zuschuss** zu einer von der KVB genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme **mit Einweisung 85%** der zuschussfähigen Aufwendungen (auch für die zuschussfähigen Aufwendungen der An- und Abreise). Das Mitglied hat den durch die Tarifleistungen nicht gedeckten Kostenanteil der stationären Rehabilitationsmaßnahme, den sogenannten tariflichen **Eigenbehalt**, in jedem Fall selbst zu übernehmen (**keine Vollkostenerstattung**). Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen fallen auch nicht unter die Freistellung nach Tarifstelle 1.20.2 und 1.21.1 (Härtefallregelung).

- **Die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ohne Einweisung** durch die KVB (als Selbstzahler) erfolgt grundsätzlich zur Durchführung im Inland bzw. in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union. Die Rehabilitationseinrichtung im Inland muss einen Versorgungsvertrag nach SGB V mit der Deutschen Rentenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Bei Durchführung außerhalb Deutschlands dürfen nur solche qualifizierte Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind.

Nach unserer Genehmigung wählt der Patient selbst eine medizinisch geeignete Rehabilitationseinrichtung aus und schließt mit dieser einen Behandlungsvertrag als Selbstzahler ab. Der Patient muss die Rechnungen der Rehabilitationseinrichtung selbst begleichen. Danach kann das Mitglied den Zuschuss bei der KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation (**nicht** bei der Bezirksleitung) beantragen. Zuschussfähig ist auch hier nur der vollpauschalierte Pflegesatz, den die Rehabilitationseinrichtung mit einer gesetzlichen Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung vereinbart hat. Alle darüber hinausgehenden Leistungen sind nicht zuschussfähig. Besteht kein solcher vollpauschaliertes Pflegesatz (z.B. im Ausland) oder ist er nicht anwendbar, sind die Einzelrechnungen vorzulegen. Dabei ist zu beachten, dass für Unterkunft und Verpflegung nur der niedrigste Satz bezuschusst werden kann und zwar unabhängig davon, ob diese Unterkunft zu diesem Zeitpunkt tatsächlich hätte genutzt werden können.

Bei Anspruch auf volle Tarifleistung beträgt der **tarifliche Zuschuss** zu einer von der KVB genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme **ohne Einweisung 80%** der zuschussfähigen Aufwendungen (auch für die zuschussfähigen Aufwendungen der An- und Abreise).

Folgende tarifliche Regelungen gelten für die stationäre Rehabilitationsmaßnahme **mit Einweisung** durch die KVB und **ohne Einweisung**: **Wahlleistungen** aller Art, wie z.B. die Unterbringung in einem anderen (besser ausgestatteten) Zimmer und Leistungen im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung, sind **nicht zuschussfähig** und vom Mitglied

selbst zu zahlen. Für die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise) ist insgesamt ein Höchstbetrag von 200 € zuschussfähig.

Heilkur

Nur aktive Beamte (keine Mitversicherte und Versorgungsempfänger) können mit dem **Rehabilitationsantrag** für sich selbst eine Heilkur beantragen. Die Heilkur ist eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort. Sie dient zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung. Bei einer Heilkur werden örtlich angebotene Heilanwendungen genutzt. Das Antragsverfahren zur Heilkur entspricht dem der stationären Rehabilitation. Die nachträgliche Genehmigung einer Heilkur ist ausgeschlossen. Nachdem die KVB die Heilkur genehmigt hat, sucht sich der Patient selbst einen geeigneten Kurort aus, der in der Anlage 15 der Bundesbeihilfeverordnung (Heilbäder- und Kurortverzeichnis) aufgeführt sein muss. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein (kein Zelt oder Wohnwagen). Der Patient sorgt für die Durchführung der Heilkur und begleicht die Rechnungen.

Der **tarifliche Zuschuss** zur Heilkur wird mit **KVB-Erstattungsantrag** bei der zuständigen **Bezirksleitung** der KVB unter Vorlage der Einzelrechnungen, des Kurabschlussberichts und des Genehmigungsschreibens der KVB-HV beantragt. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach dem Tarif und ist ähnlich wie bei einer ambulanten Behandlung. Zusätzlich gibt es einen Zuschuss für Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen bis zum Betrag von 16 € täglich. Reisetage werden dabei nicht berücksichtigt.

Anschlussheilbehandlung

Eine **Anschlussheilbehandlung** (AHB) liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Eine Anschlussheilbehandlung liegt auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig ist.

Die Anschlussheilbehandlung wird mit dem Antrag auf Anschlussheilbehandlung (AHB-Antrag) beantragt. Der ausgefüllte und vom Mitglied und Patienten unterschriebene AHB-Antrag wird direkt vom Krankenhaus mit den Befundunterlagen (AHB-Befundbericht) an die KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation übermittelt. Eine AHB muss nach Art und Dauer medizinisch notwendig sein, ambulante Maßnahmen dürfen nicht ausreichen. Nach Eingang aller Unterlagen genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den AHB-Antrag oder lehnt ab.

Das Mitglied kann die **AHB mit Einweisung durch die KVB** oder **ohne Einweisung** (als Selbstzahler) beantragen. Welche Rehabilitationseinrichtungen zuschussfähig sind sowie die Regelungen zu Durchführung und Abrechnung entspricht den Regelungen zur stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die von der KVB genehmigte **AHB ohne Einweisung im Inland** darf aber auch in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, welche die Voraussetzungen des § 107 Absatz 2 des SGB V erfüllen, mit denen aber kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des SGB V besteht (Privatklinik). In diesen Rehabilitationseinrichtungen sind Aufwendungen entsprechend Tarifstelle 8.2 Satz 1 Ziffer 2 zuschussfähig. Außerdem sind in diesem Fall gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen zuschussfähig, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Bei Anspruch auf die vollen Tarifleistungen beträgt der **tarifliche Zuschuss** der KVB zu den Aufwendungen einer von der KVB genehmigten Anschlussheilbehandlung **90%** der zuschussfähigen Aufwendungen. Für die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise) ist insgesamt ein Höchstbetrag von 200 € zuschussfähig. Die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, sind nicht zuschussfähig. Wird bei einer Anschlussheilbehandlung eine Krankenförderung ärztlich verordnet, sind die entstandenen notwendigen Beförderungskosten für den Transport mit dem verordneten Beförderungsmittel zuschussfähig. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Tarif. Der tarifliche Eigenbehalt ist in jedem Fall vom Mitglied zu übernehmen (**keine Vollkostenerstattung**). Anschlussheilbehandlungen fallen auch nicht unter die Freistellung nach Tarifstelle 1.20.2 und 1.21.1 (Härtefallregelung). Wahlleistungen aller Art, wie z.B. die Unterbringung in einem anderen (besser ausgestatteten) Zimmer und Leistungen im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung, sind **nicht zuschussfähig** und vom Mitglied selbst zu zahlen

Kurähnliche Behandlungen – freie Badekuren – nicht genehmigte Gesundheitsmaßnahmen

Kurähnliche Maßnahmen kann jeder KVB-Versicherte ohne besondere Genehmigung durchführen. Die Behandlungen werden jedoch von der KVB-Bezirksleitung nur als zuschussfähig anerkannt, wenn sie zur Heilung oder Milderung eines Krankheitszustandes dienen.

Bei **nicht genehmigten Gesundheitsmaßnahmen** und/oder bei kurähnlichen Behandlungen sind die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Beförderung sowie die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und Kostenanteile nach dem SGB V im Rahmen einer Doppelversicherung nicht zuschussfähig (vgl. TS 1.1).

Zu den anerkannten Behandlungskosten (ärztliche Behandlung, Arzneimittel und ärztlich verordnete Heilbehandlungen nach Tarifstelle 5) werden von der KVB tarifgemäße Zuschüsse nach den Tarifstellen 2, 4 und 5 gezahlt. Zu Pauschalrechnungen, Quittungen oder Bescheinigungen, die nicht entsprechend den Bestimmungen der einzelnen Tarifstellen spezifiziert sind, werden keine Zuschüsse gezahlt (vgl. TS 1.15).

Weitere Informationen

Sie finden diese Informationen auch im Internet unter www.kvb.bund.de. Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über tarifliche Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen zur stationären Rehabilitationsmaßnahme, Heilkur und Anschlussheilbehandlung steht Ihnen die KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation unter Tel. (069) 24703 386, über E-Mail an reha@kvb.bund.de oder Fax: (069) 24703 380 gerne zur Verfügung.

Bei Fragen zur Bezuschussung einer ambulanten Rehabilitation, wie ambulanter Rehabilitationssport und erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), wenden Sie sich bitte an Ihre KVB-Bezirksleitung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

Informationen zu Mutter/Vater-Kind-Kuren und familienorientierten Rehabilitationsmaßnahmen



Allgemeines

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) leistet für ihre Mitglieder und mitversicherte Angehörige zu den Aufwendungen einer von der KVB genehmigten Mutter/Vater-Kind-Kur und familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme Zuschüsse gemäß Satzung und Tarif. Die Rehabilitationsmaßnahme muss grundsätzlich vor Antritt von der KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation beantragt und genehmigt worden sein.

Die Mutter/Vater-Kind-Kur und die familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme sind stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Bei Genehmigung der beantragten Rehabilitationsmaßnahme gibt die KVB einer medizinisch geeigneten Rehabilitationseinrichtung im Inland einen Behandlungsauftrag. Die Rehabilitationseinrichtung muss bei einer Mutter/Vater-Kind-Kur einen Versorgungsvertrag nach § 111a Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V) haben und bei einer familienorientierten Rehabilitation einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 SGB V. Die Genehmigung erfolgt für eine Behandlungsdauer von drei Wochen. Eine Mutter/Vater-Kind-Kur kann nicht verlängert werden.

Besteht ein Anspruch auf Leistungen bei einem anderen Leistungsträger, z.B. bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung, ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen. Anspruchsberechtigte Kinder haben jedoch ein Wahlrecht. Wenn ein Anspruch auf Leistungen (Beihilfe) bei einem anderen Dienstherrn als dem BEV besteht, ist die Leistung beim Dienstherrn und nicht bei der KVB zu beantragen.

Rehabilitationsanträge, für welche die KVB zuständig sind, senden Sie bittet an die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation, Postfach 20 02 53 in 60606 Frankfurt am Main.

Den Rehabilitationsantrag, den Reha-Befundbericht und weitergehende Informationen finden Sie im Internetauftritt der KVB unter <http://www.kvb.bund.de>. Das Antragsformular steht dort auch als beschreibbares Formular zur Verfügung, das Sie anschließend ausdrucken können.

Mutter/Vater-Kind-Kur

Die Mutter/Vater-Kind-Kur ist eine Rehabilitationsmaßnahme für rehabilitationsbedürftige Mütter oder Väter, die ein oder mehrere minderjährige Kinder versorgen müssen. Daneben können auch ein oder mehrere Kinder behandlungsbedürftig sein.

In der Regel besteht die Möglichkeit zur Mitaufnahme für Kinder bis 12 Jahre. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen. Sollte nur das Kind behandlungsbedürftig sein, kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für das Kind beantragt werden.

Möglicherweise soll bei einer Mutter/Vater-Kind-Kur ein Kind mit in die Einrichtung aufgenommen werden, obwohl dieses nicht behandlungsbedürftig ist. Für ein solches „Begleitkind“ müssen die Aufwendungen bereits mit dem Rehabilitationsantrag des Elternteils beantragt werden. Die Aufwendungen für ein Begleitkind sind neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater zuschussfähig, wenn die Einbeziehung des Kindes bzw. der Kinder für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme Voraussetzung ist.

Die Mutter/Vater-Kind-Kur wird mit dem **Rehabilitationsantrag** der KVB beantragt. Für jede behandlungsbedürftige Person ist jeweils ein gesonderter Rehabilitationsantrag zu stellen. Im Rehabilitationsantrag sollte bereits die gewünschte Rehabilitationseinrichtung vorgeschlagen werden.

Ihr Arzt muss die Mutter/Vater-Kind-Kur für medizinisch notwendig erachten. Im laufenden und in den drei vorangegangenen Kalenderjahren dürfen keine Heilkur oder stationäre Rehabilitation (Ausnahmen: familienorientierte Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung) durchgeführt worden sein. Der erforderliche **Reha-Befundbericht** soll vom behandelnden Arzt anhand bereits erhobener Befunde und vorliegender Berichte ohne zusätzliche Untersuchung erstellt werden. Sie müssen im Reha-Befundbericht die Zustimmung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, zur Übermittlung personenbezogener Daten sowie zur Verarbeitung der Daten erklären.

Wenn der Rehabilitationsantrag und der Reha-Befundbericht vorliegen, beauftragt die KVB eine gutachterliche Stellungnahme. Nach Eingang der Stellungnahme genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den Rehabilitationsantrag oder lehnt ihn ab. In dem Genehmigungsschreiben wird die bewilligte Leistung erläutert. Die von der KVB mit der Behandlung beauftragte Rehabilitationseinrichtung wird den Aufnahmetag mit den Patienten vereinbaren.

Familienorientierte Rehabilitation

Die familienorientierte Rehabilitation soll den Familienmitgliedern bei schweren chronischen Erkrankungen eines Kindes (insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose), nach Herzoperation oder nach Organtransplantation eines Kindes die Teilnahme an der Rehabilitation ermöglichen. Die Behandlung des erkrankten Kindes soll weitergeführt und die Angehörigen des kranken Kindes (Eltern und/oder Geschwister) in die Rehabilitation einbezogen werden.

Für jedes Familienmitglied, das an der Maßnahme teilnehmen soll, ist ein eigener **Rehabilitationsantrag** zu stellen. Bitte senden Sie uns die Rehabilitationsanträge zusammen mit der **ärztlichen Verordnung** für das kranke Kind zu.

Wenn der Rehabilitationsantrag und die erforderlichen Befundunterlagen vorliegen, genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den Rehabilitationsantrag oder lehnt ihn ab. In dem Genehmigungsschreiben wird die bewilligte Leistung erläutert. Die von der KVB mit der Behandlung beauftragte Rehabilitationseinrichtung wird den Aufnahmetag mit den Patienten vereinbaren.

Kostenzusage und Abrechnung der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme

Mit der Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme gibt die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation der Rehabilitationseinrichtung je genehmigten Patienten eine Kostenzusage. Diese beinhaltet den vollpauschalierten Tagespflegesatz der Rehabilitationseinrichtung, welcher alle notwendigen Aufwendungen abdeckt (Unterkunft, Verpflegung, Arzt, Anwendungen und Kurtaxe). Wahlleistungen, wie z.B. die besondere Unterbringung und/oder Chefarztbehandlung, werden nicht bezuschusst.

Nachdem die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde, rechnet die Rehabilitationseinrichtung die Behandlungskosten direkt mit der KVB ab. Die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation erstellt danach dem Antragsteller ein Abrechnungsschreiben je Patient. KVB-Mitglieder mit Anspruch auf die vollen Tarifleistungen erhalten einen tariflichen Zuschuss in Höhe von 85% der anerkannten Aufwendungen (**keine Vollkostenerstattung**). Die restlichen 15% sind der sogenannte Eigenbehalt. Dies ist der durch die Tarifleistungen nicht gedeckte Kostenanteil, der in jedem Fall und unabhängig von einer eventuellen Freistellung nach Tarifstelle 1.20 und 1.21 (Härtefallregelung) vom Antragsteller zu zahlen ist.

Ein Zuschuss zu den Beförderungskosten kann innerhalb eines Jahres schriftlich bei der KVB-Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation beantragt werden. Die anerkannten Fahrtkosten anlässlich einer stationären Rehabilitationsmaßnahme werden nur bis zu einer Höhe von 200 Euro bezuschusst. Der tarifliche Zuschuss beträgt 85%. Damit hat der Antragsteller auch einen Eigenbehalt von 15% der anerkannten Fahrtkosten selbst zu tragen.

Das nachfolgende Beispiel mit Stand 02/2020 verdeutlicht das Abrechnungsverfahren:

Es wird für eine Mutter und ein Begleitkind ein **21-tägiger Aufenthalt (Mutter-Kind-Kur) im Haus Möwennest** des Eisenbahnwaisenhortes in 17454 Zinnowitz auf der Insel Usedom bewilligt.

Die Abrechnung sieht folgendermaßen aus:

Mutter: vollpauschalierter Pflegesatz pro Tag 21 Tage x 76,92 € = 1.615,32 €	Begleitkind (nicht behandlungsbedürftig): vollpauschalierter Pflegesatz pro Tag 21 Tage x 72,14 € = 1.514,94 €
Summe:	3.130,26 €

Bei einem KVB Mitglied mit Anspruch auf die vollen Tarifleistungen werden 85% der anerkannten Kosten als Zuschuss gewährt. Der 15% Eigenbehalt beträgt für beide Personen somit zusammen **469,54 €**

Die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation fordert diesen Eigenbehalt vom Antragsteller an.

Weitere Informationen

Der KVB-Tarif regelt Rehabilitationsmaßnahmen in den Tarifstellen 8.9 - 8.12 sowie in den "Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren " (Anlage 1 zum KVB-Tarif). Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Sie finden die Tarifinformationen, den Rehabilitationsantrag, den Reha-Befundbericht und weitergehende Informationen auch im Internet unter www.kvb.bund.de.

Für Rückfragen steht Ihnen die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation unter Tel. (069) 24703 386, über E-Mail an reha@kvb.bund.de oder Fax: (069) 24703 380 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB



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

Voraussetzungen

Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind unter folgenden Voraussetzungen zuschussfähig:

- Das sonst den Haushalt führende Mitglied oder ein den Haushalt führender mitversicherter Familienangehöriger kann wegen außerhäuslicher Unterbringung (z.B. Krankenhausaufenthalt) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiter führen
- Im Haushalt muss mindestens ein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind unter zwölf Jahren leben oder das KVB Mitglied selbst oder ein im Haushalt lebender **mitversicherter** Angehöriger muss wegen Krankheit pflegebedürftig sein. Die Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Notwendigkeit einer Haushaltshilfe sind durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.
- Es kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Eine außerhäusliche Unterbringung in vorstehendem Sinn liegt nur vor bei:

1. stationärer Krankenhausbehandlung, auch stationäre Entbindung,
2. notwendiger auswärtiger ambulanter Behandlung, die eine außerhäusliche Übernachtung erforderlich macht,
3. genehmigter stationärer Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung oder Heilkur,
4. stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung bei dauernder Pflegebedürftigkeit,
5. Komplextherapie und integrierte Versorgung, die eine außerhäusliche Übernachtung erforderlich macht,
6. stationäre Versorgung in Hospizen.

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

Art und Dauer zuschussfähiger Leistungen

- Bei stationärer Behandlung für die Dauer des stationären Aufenthalts.
- Nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung bis zu 28 Tagen bei:
 1. schwerer Krankheit oder
 2. akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung.
- Im Todesfall werden Zuschüsse 6 Monate gezahlt, in Ausnahmefällen 12 Monate.

- Bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung für den Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tag der Geburt.

Höhe des Zuschusses

Familien- und Haushaltshilfe:

Aufwendungen im Sinne des § 38 SGB V (Familien- und Haushaltshilfe) sind pro Stunde in Höhe von 0,32% der gemäß § 18 SGB IV festgelegten monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro, zuschussfähig. Die Bezugsgröße der Sozialversicherung ist eine Rechengröße, die vom Bundeskabinett jährlich beschlossen wird. Sie stellt den Ausgangswert für die Berechnung von Leistungen und Einkommensgrenzen in der Sozialversicherung dar. Der Zuschuss beträgt 80% aus diesem jährlich neu festgesetzten Stundensatz.

Beispiel für die Berechnung:

Die monatliche Bezugsgröße beträgt aktuell (Stand 01.01.2020) 3.185,00 €, davon 0,32% = 10,19 €, aufgerundet auf volle Euro = 11,00 €/Stunde.

Die aktuellen Werte finden Sie im Internet unter www.kvb.bund.de (Krankenversicherung/Allgemein) oder können Sie telefonisch bei Ihrer KVB-Bezirksleitung erfragen.

In den Fällen, wo Personen als Familien- und Haushaltshilfe eingesetzt werden, die mit der GKV Verträge als Familien- Haushaltshilfe abgeschlossen haben, gelten diese vertraglich vereinbarten Sätze.

Nach den Bestimmungen der Tarifstelle 1.20.1 des KVB-Tarifs werden von den Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe 10% der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten pro Kalendertag als Eigenanteil in Abzug gebracht.

Hauspflege bei Geburten:

80% der zuschussfähigen Aufwendungen, höchstens jedoch die Kosten für eine Pflegefachkraft nach TS 5.

Nahe Angehörige

Wird die Familien- und Haushaltshilfe bzw. Hauspflege bei Geburten durch einen nahen Angehörigen durchgeführt, sind nur zuschussfähig:

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

Fahrtkosten

Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten sind in Höhe der Reisekostenvergütung nach den §§ 3, 4 und 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes zuschussfähig. (Stand 20.02.2013: 0,20 € je gefahrenen Kilometer, höchstens 130 € bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges).

Unterbringung in einem Heim oder fremden Haushalt

Werden anstelle der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige Personen vorübergehend in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zur nach TS 11.1 bestimmten Höhe zuschussfähig.

Antrag auf Leistungen

Bitte beantragen Sie Zuschüsse für Aufwendungen vorgenannter Art wie üblich mit KVB-Erstattungsantrag unter Beigabe der vollständig ausgefüllten „Anlage zum Erstattungsantrag für Leistungen nach TS 11“ sowie der Rechnungen bzw. Fahrkarten / Verdienstaussfallbescheinigung.

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

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB

