



**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.

Inhaltsverzeichnis

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

Verzeichnis der Abkürzungen

BDSG = Bundesdatenschutzgesetz

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

DSGVO = Datenschutz-Grundverordnung

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

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

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

KHEntgG = Krankenhausentgeltgesetz

LT = Leistungstafel

PZN = Pharmazentralnummer

SGB = Sozialgesetzbuch

Tbc = Tuberkulose

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

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

Tarifstelle 1

Allgemeines, Beförderungskosten

Ansprüche auf Zuschüsse und Begrenzung (TS 1.1 - 1.5)

Zuschüsse, Begrenzung

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

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

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

Erstattungsfähige Kosten

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

Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für

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

Zuschusskürzung

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

Anspruchsprüfung

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

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

Leistungsausschlüsse und -begrenzungen; Ausschlussliste der KVB

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

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

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

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

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

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

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

Erstattungsantrag, Rechnungsermächtigungen (TS 1.6 - 1.7)

Erstattungsantrag

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

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

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

Nachträgliche Rechnungsermächtigungen oder Preisnachlässe

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

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

GOÄ, GOZ, GOP

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

Beitragsgruppen

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

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

Verträge, Ausweispflicht

1.10 - Um die Einhaltung bestehender Verträge zu sichern und um geldliche Nachteile zu vermeiden, sind alle Versicherten verpflichtet, sich beim Arzt, 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.

Nahe Angehörige

1.12 - Nicht bezuschusst werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung. Nahe Angehörige im Sinne dieser Bestimmungen sind Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten (z.B. für Materialien, Stoffe, Arznei-, Verbandmittel) werden bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen des Tarifs bezuschusst.

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 Bluterkrankung 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)

Beförderungskosten

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

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

Zuschussfähige Aufwendungen

1.17.1 - Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten sind zuschussfähig

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen am Aufenthaltsort oder in dem dem Aufenthaltsort nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes oder wohnortnahes Krankenhaus, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder die Bezirksleitung zugestimmt hat,
3. als Krankentransport, wenn im Krankenkraftwagen während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist oder dies auf Grund des Zustandes des Patienten zu erwarten ist,
4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann,
5. anlässlich einer ambulanten Operation einschließlich der Vor- und Nachbehandlung in dem jeweiligen Behandlungsfall.

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

Ambulante Krankenbehandlung

1.17.2 - Aufwendungen für Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung sind grundsätzlich nicht zuschussfähig. In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung bei zwingender medizinischer Notwendigkeit nach Genehmigung der Bezirksleitung auf Grundlage der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 SGB V“ (Krankentransport-Richtlinie)“ bezuschusst werden.

Die Genehmigung gilt als erteilt bei

- a) Mitgliedern oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen
 - „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung),
 - „Bl“ (blind),
 - „H“ (hilflos) oder
 - der Pflegegrade 3, 4 oder 5 oder
- b) notwendigen Fahrten zur
 - ambulanten Dialyse,
 - onkologischen Strahlentherapie oder
 - parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie/ parenteralen onkologischen Chemotherapie.

Rettungsfahrten und -flüge

1.17.3- Rettungsfahrten und -flüge sind ohne Verordnung zuschussfähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

Höhe der zuschussfähigen Aufwendungen

1.17.4- Als Fahrtkosten werden anerkannt

1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis der niedrigsten Beförderungsklasse,
2. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer den nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung (Stand 20.02.13: 0,20 € je gefahrenen Kilometer, höchstens jedoch 130 €),
3. bei Rettungsfahrten (nach 1.17.3) und Krankentransporten (nach 1.17.1 Nr. 3) die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht in Rechnung gestellten Entgelte bzw. die durch die gesetzlichen Krankenkassen vertraglich vereinbarten Vergütungen,
4. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens die notwendigen Kosten, jedoch nur dann, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

Wegen Eigenanteilen / Abzugsbeträgen siehe TS 1.20.1

Nicht zuschussfähige Aufwendungen

1.17.5- Nicht zuschussfähig sind

1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
2. Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
3. Aufwendungen für Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt.

Besuchsfahrten

1.18 - Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht erstattungsfähig.

Abweichend hiervon können Aufwendungen für Besuchsfahrten der Eltern zu ihrem stationär untergebrachten Kind, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, im Rahmen der TS 1.17 als erstattungsfähig anerkannt werden, wenn nach ärztlichem Befund die Besuche wegen des Alters des Kindes und seiner schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig sind.

Dauernde Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

Eigenanteile / Abzugsbeträge

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

1. 10 vom Hundert der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
 - a) Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten nach TS 4 je Packung, ausgenommen Harn-/ Blutteststreifen und Arznei-/ Verbandmittel nach LT-Nr. 04 122 - 123 in Arzt-/ Zahnarztrechnungen und auf Grund einer ärztlichen Verordnung zur Verwendung in einer ambulanten Behandlung zuvor selbst beschafften Arznei- und Verbandmitteln, sowie Arzneimittel, die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 31 Abs. 3 SGB V von der Zuzahlung freigestellt sind. Ist aufgrund der Verordnung kein Packungsgrößenkennzeichen bzw. keine Bezugseinheit bestimmbar (z. B. Sondennahrung), bestimmt die Ordnungszeile die Höhe der Eigenbehalte,

- b) Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücken nach TS 7, - ausgenommen Hilfsmittel nach LT Nrn. 07 118-120, 07140-141, 07 610, 07 620-621, 07 630-631, 07 910, bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln nach TS 7.3 höchstens 10 € für den Monatsbedarf ohne Anwendung des Mindestabzugsbetrages von 5 €
 - c) Beförderungskosten je Fahrt nach TS 1.17; bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung, bei ambulant durchgeführten Operationen bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlung in dem jeweiligen Behandlungsfall, bei teilstationärer Behandlung (Tagesklinik) sowie bei einer ärztlich verordneten ambulanten Chemo-/ Strahlentherapie entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen,
 - d) Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag,
 - e) Soziotherapie je Kalendertag.
2. 10 € je Kalendertag bei Aufwendungen nach TS 8.1 bei vollstationären allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 BPfIV und § 2 Abs. 2 KHEntgG und bei Behandlung in Krankenhäusern, die die BPfIV und das KHEntgG nicht anwenden, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr.
3. 10 vom Hundert der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege je Kalenderjahr nach TS 5.6 b) und 10 € je Verordnung.

1.20.2 - Beträge nach TS 1.20.1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen

- a) für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen bei Beförderungskosten nach TS 1.17,
- b) für Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- c) für Leistungen nach TS 5 und 7, soweit erstattungsfähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind,
- d) für Leistungen, soweit die Härtefallregelung nach TS 1.21 zur Anwendung kommt,
- e) für Aufwendungen von Spendern nach TS 1.27.

Härtefallregelung / Belastungsgrenze

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

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

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

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

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

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

Die Belastungsgrenze beträgt:

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

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

¹⁾ Einkommen in diesem Sinne sind:

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

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

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

Komplextherapien und integrierte Versorgung

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

Komplextherapien werden von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Leistungserbringer für Heilmittel im Sinne der TS 5.2 angehören müssen.

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

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

Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht zuschussfähig.

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

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

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

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

Stationäre Versorgung in Hospizen

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

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

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

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

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

Erste Hilfe, Entseuchung

1.26 - Zuschussfähig sind die Aufwendungen

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

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

Organspende und Spende von Gewebe und Blutbestandteilen

1.27 - Zuschussfähig sind die Aufwendungen

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

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

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
01 100	Gutachten, Bescheinigungen, die von der KVB gefordert werden / Arbeitsunfähigkeits/-fähigkeitsbescheinigung des Mitglieds	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
01 130 -139	Beförderungskosten - Hinfahrt	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 140 -149	Beförderungskosten - Rückfahrt	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 150	Beförderungskosten - Hinfahrt amb. Op. Chemo-/ Strahlentherapie	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 151	Beförderungskosten - Rückfahrt amb. Op. Chemo-/ Strahlentherapie	90% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 152	Beförderungskosten - Zwischenfahrten amb. Op. Chemo-/ Strahlentherapie	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
01 810	Amb. Komplextherapien	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
01 850	Palliativversorgung a) spezialisierte ambulante Palliativversorgung, b) stationäre Versorgung in Hospizen	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
01 930 -939	Beförderungskosten - Hinfahrt bei Tbc-Behandlung und bei Behandlung eines Bluters	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 940 -949	Beförderungskosten - Rückfahrt bei Tbc- Behandlung und bei Behandlung eines Bluters	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 950 -969	Beförderungskosten - Hinfahrt bei Dialysebehandlung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
01 970 -989	Beförderungskosten - Rückfahrt bei Dialysebehandlung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)

Tarifstelle 2

Ambulante ärztliche Behandlung; Psychotherapie

Ambulante ärztliche Behandlung

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

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit siehe TS 1.19.

Schutzimpfung

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

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

erfolgt ohne die dort genannten Einschränkungen.

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

Psychotherapie, psychotherapeutische Akutbehandlung, psychosomatische Grundversorgung

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

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

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie

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

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

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

Psychotherapeutische Akutbehandlung

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

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

Zuschussfähig sind:

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

je Krankheitsfall in folgendem Umfang:

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

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

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

Fortsetzung Seite 22.1

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

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

Neuropsychologische Therapie

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

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

Ärztliche Gebühren für die ambulante Strahlentherapie und die ambulante chemotherapeutische Behandlung

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

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

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

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

Ambulante Operationen

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

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

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

Fortsetzung Seite 23

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

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

1. Maßnahmen nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss ergangenen

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

in der jeweils geltenden Fassung.

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

Darüber hinaus sind weitere, im Rahmen einer reinen Vorsorge-/ Früherkennungsmaßnahme durchgeführte und nicht in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltene, ärztliche Maßnahmen nach LT Nr. 02 110 erstattungsfähig. Dies sind:

- PSA-Test bei Männern (Nr. 3908 GOÄ)
 - gynäkologische Ultraschalluntersuchung bei Frauen (Nrn. 410, 418 u. 420 GOÄ)
 - Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe (Nr. 651 GOÄ) sowie
 - eine „Glaukom-Früherkennungsuntersuchung“; diese umfasst eine gleichzeitige Untersuchung des Sehnervs am Augenhintergrund mit dem Augenspiegel (Nr. 1242 GOÄ) oder binokular am Spaltlampenmikroskop (Nr. 1240 GOÄ) sowie die Messung des Augeninnendrucks (Nr. 1256 GOÄ).
2. Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für Personen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko. Die Aufwendungen für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung sowie für Genanalyse und strukturiertes Früherkennungsprogramm sind zuschussfähig, wenn sie in einem im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentrum erbracht werden.
3. Maßnahmen der Telemedizinischen Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz. Die Aufwendungen sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungsunternehmen auf Grund entsprechender Verträge nach § 140d SGB V zu tragen sind, zuschussfähig.
4. Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko. Die Aufwendungen für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebediagnostik sowie genetische Analyse sind zuschussfähig, wenn sie in einer Klinik des Deutschen HNPCC-Konsortiums erbracht werden.

Unterkunft bei auswärtiger ambulanter Behandlung

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

Leistungstafel

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

Leistungstafel

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

Tarifstelle 3

Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz

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

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

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

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

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

Heil- und Kostenplan: Genehmigungspflicht

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

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

Kieferorthopädische Leistungen

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

Die Aufwendungen sind zuschussfähig, wenn

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

Schwere Kieferanomalien sind:

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

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

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

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

- die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können,
- keine Behandlungsalternative vorhanden ist,
- erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion und
- eine sekundäre Anomalie vorliegt, die erst im Erwachsenenalter erworben wurde.

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

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

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

5. früher Behandlung

- a) einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderen kraniofazialen Anomalien,
- b) eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
- c) einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe,
- d) verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

Die Frühbehandlung nach Satz 1 Nummer 4 soll nicht vor Vollendung des 3. Lebensjahres begonnen und innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen werden; eine reguläre kieferorthopädische Behandlung kann sich anschließen, wenn die zweite Phase des Zahnwechsels vorliegt. Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind neben den Aufwendungen für eine Behandlung nach Satz 1 Nummer 4 oder 5 gesondert zuschussfähig.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
- Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 GOZ,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch/-chirurgischer Operation oder
- umfangreiche Gebiss-Sanierungen, d.h. wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz oder Inlays versorgt werden müssen und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise herstellbar ist (Fehlende Zähne werden sanierungsbedürftigen gleichgestellt).

Voraussetzung für die Bezuschussung ist die Vorlage einer Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 des Gebührenverzeichnisses der GOZ.

Implantologische Leistungen

3.6 - Aufwendungen für implantologische Leistungen (Abschnitt K der GOZ) einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind in folgendem Umfang zuschussfähig:

1. für höchstens zwei Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate – ;
2. für höchstens vier Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate – bei implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer – hier ist maßgeblich der Zeitpunkt der Fixierung der Prothese;
3. ohne Beschränkung der Anzahl bei
 - größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten in Folge von
 - Tumoroperationen,
 - Entzündungen des Kiefers,

- Operationen infolge großer Zysten,
- Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
- angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, ektodermalen Dysplasien,
- Unfällen,
- dauerhaft bestehender extremer Mundtrockenheit (Xerostomie),
- generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
- nicht willentlich beeinflussbareren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich.

Vorhandene Implantate nach 1. und 2. sind nicht zu berücksichtigen, wenn zu ihnen keine Leistungen der KVB, Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden und das Mitglied dies nachweist.

Voraussetzung für die Bezuschussung implantologischer Leistungen ist die Angabe der Diagnose. Die Bezirksleitung kann die Vorlage eines Befundberichts verlangen.

Bei Überschreitung der Anzahl der zuschussfähigen Implantate werden die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der GOZ, entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht zuschussfähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate gekürzt.

Aufwendungen für den Aufbau (Suprakonstruktion), d.h. für den auf das Implantat aufgebrachten Zahnersatz (z. B. Brücke oder Krone) werden jedoch für alle im Zusammenhang mit der Behandlung eingesetzten Implantate bezuschusst.

Ambulante Operationen

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

Bei ambulanter Durchführung von Operationsleistungen durch Zahnärzte werden für den Operationstag und höchstens die drei nachfolgenden Behandlungstage nachfolgend genannte zahnärztliche Leistungen einschließlich der nach § 10 GOÄ gesondert berechenbaren Auslagen nach LT Nr. 03 130 bezuschusst:

- Leistungen nach den Abschnitten A (Nummern 0080 - 0100) sowie D (Nummern 3290 - 3300) der GOZ, soweit für diese Zähne gleichzeitig Leistungen nach Abschnitt C VIII, Allgemeine Bestimmungen Nr. 3 der GOÄ erbracht wurden,
- im unmittelbaren Zusammenhang mit der durchgeführten Operation stehende Leistungen der GOÄ.

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

3.8 - bleibt frei

Arznei-, Verbandmittel

3.9 - Die Bezuschussung von Arznei- und Verbandmitteln richtet sich nach Tarifstelle 4.

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

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
03 110	<p>Zahnbehandlung / Zahnerhaltung Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis der GOZ Abschnitt A, Abschnitte B-E und Abschnitte H-K sowie Leistungen nach § 6 Abs. 2 der GOZ</p> <p>Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen nach TS 3.2</p>	<p>85% der Gebühren und Entschädigungen, die nach der GOZ / GOÄ angemessen sind</p> <p>85% der Gebühren und Entschädigungen, die nach der GOZ / GOÄ angemessen sind</p>
03 130	<p>Ambulante Operationen Gebühren nach der GOZ / GOÄ für die ambulante Durchführung von Operationsleistungen nach TS 3.7</p>	<p>100% der Gebühren, die nach der GOZ / GOÄ angemessen sind</p>
03 310	<p>Zahnersatz Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis der GOZ Abschnitt F</p>	<p>85% der Gebühren und Entschädigungen, die nach der GOZ / GOÄ angemessen sind</p>
03 430	<p>Material- und Laborkosten, ausgenommen bei kieferorthopädischer Behandlung; Auslagen nach den Abschnitten C, F und K und den Nummern 7080 bis 7100 des Gebührenverzeichnisses der GOZ</p>	<p>70% der im Einzelnen nachgewiesenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen und für die nach dem Gebührenverzeichnis der GOZ berechnungsfähigen Materialien</p>
03 510	<p>Kieferorthopädische Leistungen nach Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses der GOZ sowie Leistungen nach § 6 Abs. 2 der GOZ</p>	<p>85% der Gebühren und Entschädigungen, die nach der GOZ / GOÄ angemessen sind</p>
03 610	<p>Material- und Laborkosten bei kieferorthopädischen Leistungen</p>	<p>85% der im Einzelnen nachgewiesenen angemessenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen und für die nach dem Gebührenverzeichnis der GOZ gesondert berechnungsfähigen Materialien</p>

Tarifstelle 4

Arznei-, Verbandmittel und

Medizinprodukte

(Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)

Zuschussfähige Aufwendungen

4.1 - Zuschussfähig sind die vom Arzt / Zahnarzt bei der ärztlichen / zahnärztlichen Behandlung verbrauchten oder nach Art und Umfang vor dem Kauf schriftlich verordneten

- a) 1. apothekenpflichtigen Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes (AMG),
2. Verbandmittel,
3. Harn- und Blutteststreifen,

sofern nicht die Zuschussfähigkeit nach TS 4.2 ausgeschlossen ist,

- b) Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes (MPG), und in der Anlage V der AM-RL genannt sind. Die Verordnung muss aufgrund der in der Anlage V der AM-RL dort zugeordneten „medizinisch notwendigen Fälle“ erfolgen. Erforderlich sind die Angabe der Diagnose und der Verwendungszweck.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt wurde, sind nur bis zur Höhe des Festbetrages zuschussfähig.

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

Nicht zuschussfähige Aufwendungen

4.2 - Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für

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

- Lifestyle-Arzneimittel zur Behandlung von sexuellen Dysfunktionen (z.B. der erektilen Dysfunktion), Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, Raucherentwöhnung, Abmagerung oder Zügelung des Appetits, Regulierung des Körpergewichts, Verbesserung des Haarwuchses, Verbesserung des Aussehens, die gemäß § 34 Abs. 1 SGB V in der Anlage II der AM-RL explizit aufgeführt sind.
- Verschreibungspflichtige Arzneimittel die gemäß § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V in § 13 der AM-RL unter nachfolgender lfd. Nr. explizit aufgeführt sind:
 1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten,
 2. Mund- und Rachentherapeutika,
 3. Abführmittel,
 4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

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

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

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

b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind.

Dies gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Ausnahmsweise zuschussfähig sind:

1. nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die nach § 12 der AM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses verordnet werden dürfen. Erforderlich ist die Angabe der Diagnose;
2. auf Antrag Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel in voller Höhe, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel für KVB-Mitglieder sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörige
 - bei Beitragsgruppe 1 / 51 bis 8 / 58 und 68 den Betrag von 8 €,
 - bei Beitragsgruppe 9 / 59 bis 12 / 62 den Betrag von 12 €,
 - bei den übrigen Beitragsgruppen den Betrag von 16 €überschreiten und die in der Härtefallregelung nach TS 1.21 genannten Voraussetzungen erfüllt sind;
3. nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die bei einer ambulanten Behandlung bzw. für diagnostische Zwecke und Untersuchungen benötigt werden und entweder in der Rechnung als Auslagen abgerechnet (LT Nr. 04 122 oder LT Nr. 04 123) oder auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor selbst beschafft werden mussten (LT Nr. 04 210 – 219 oder LT Nr. 04 940 - 949).

c) gesondert ausgewiesene Versandkosten.

4.3 - bleibt frei

Nahrungsergänzung und Sondennahrung

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

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

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

Wiederholter Bezug

4.5 - Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen ärztlichen Wiederholungsvermerk (z.B. repetatur) erneut beschafft worden sind, sind nicht zuschussfähig. Bei einem Wiederholungsvermerk ohne Angabe der Zahl der Wiederholungen sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung zuschussfähig. Die wiederholte Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung über die verschriebene Menge hinaus ist durch Rechtsverordnung ausgeschlossen.

Empfängnisregelnde Mittel

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

Leistungstafel

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

Leistungstafel

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

Tarifstelle 5

Behandlungen besonderer Art

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

Heilmittel (Tarifstellen 5.1 - 5.4)

Allgemeines

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

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

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

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit siehe TS 1.19.

Leistungserbringer für Heilmittel

5.2 - Leistungserbringer für Heilmittel sind:

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

5.3 - bleibt frei

Bewegungs-, Mineral-, Thermalbäder

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

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

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

Definition, Allgemeines

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

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

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

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

Häusliche Krankenpflege

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

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

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

b) Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung

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

Angemessenheit der Aufwendungen zu 5.6

- Professioneller ambulanter Pflegedienst

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

- Nichtfachkräfte

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

- Nahe Angehörige

Bei Pflege durch nahe Angehörige nach TS 1.12 oder durch eine im Haushalt lebende Person sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten bis zur Höhe der Kosten für den Einsatz eines professionellen ambulanten Pflegedienstes (z.B. nachgewiesene Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel) zuschussfähig. Bei Benutzung eines privateigenen Kraftfahrzeuges gelten die Sätze der TS 1.17 entsprechend. Bei nahen Angehörigen, die wegen Ausübung der häuslichen Krankenpflege eine Erwerbstätigkeit aufgeben und dadurch einen Verdienstaufschlag erleiden, kann eine für die Pflege gezahlte Vergütung bis zur Höhe des nachgewiesenen Ausfalls an Arbeitseinkommen als zuschussfähig anerkannt werden.

Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bei fehlender Pflegebedürftigkeit

5.7 - Ist Häusliche Krankenpflege nach Tarifstelle 5.6

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

insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend, sind Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege entsprechend § 42 SGB XI nach LT-Nr. 05 612 zuschussfähig, sofern

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

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

Behandlungspflege bei dauernder Unterbringung in Pflegeheimen

5.8 - Eine Bezuschussung der angemessenen Aufwendungen von Behandlungspflege ist für Mitglieder / mitversicherte Angehörige in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V).

Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

Angemessenheit der Aufwendungen zu 5.7 und 5.8

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

Ambulante Rehabilitation (Tarifstellen 5.10 - 5.13)

Allgemeines

5.10 - Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation umfassen

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

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

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

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

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

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

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

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

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

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

Medizinisches Aufbautraining (MAT) und Medizinische Trainingstherapie (MTT)

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

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

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

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

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

Ambulanter Rehabilitationssport

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

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

Sonstiges (Tarifstellen 5.14 - 5.16)

Soziotherapie

5.14 - Aufwendungen für eine Soziotherapie werden bezuschusst, wenn

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

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

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

Wegen Eigenanteilen / Zuzahlungen siehe TS 1.20.1.

Kommunikationshilfen

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

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

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

Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Krankengymnastik, Bewegungsübungen (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	f) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert 60 Minuten	71,40
	g) bleibt frei	
	h) Bewegungsübungen als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	10,20
	hh) Bewegungsübungen in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 20 Minuten	6,60
	i) Krankengymnastik / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20
	j) Krankengymnastik / Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	19,50
	jj) Krankengymnastik / Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60
	k) Manuelle Therapie, Richtwert 30 Minuten	29,70
	l) Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert 20 Minuten	19,00
	m) bleibt frei	
	n) Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	8,80
	o) Gerätegestützte Krankengymnastik, (Richtwert 60 Minuten) - begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr - je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)	46,20

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
		80% aus höchstens €
	p) Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder Medizinische Trainingstherapie (MTT), (Richtwert 60 Minuten) - begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr - je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)	46,20
05 143	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)³⁾ Richtwert 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10
05 162	Massagen	
	a) Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Klassische Massagetherapie (KMT), Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colomassage, Richtwert 20 Minuten	18,20
	aa) Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert 30 Minuten	18,20
	b) Manuelle Lymphdrainage (MLD) - Teilbehandlung, Richtwert 30 Minuten - Großbehandlung, Richtwert 45 Minuten - Ganzbehandlung, Richtwert 60 Minuten - Kompressionsbandagierung einer Extremität ²⁾	25,70 38,50 58,30 12,40
	c) Unterwasserdruckstrahlmassage – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -, Richtwert 20 Minuten	30,50
05 171	Palliativversorgungen	
	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 222	Kälte- und Wärmebehandlung	80% aus höchstens €
	a) Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
	b) bleibt frei	
	c) bleibt frei	
	d) Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert 20 Minuten	7,50
	e) Ultraschall - Wärmetherapie	11,90
05 232	Elektrotherapie	
	a) bleibt frei	
	b) Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
	c) bleibt frei	
	d) Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
	e) Iontophorese	8,20
	f) Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
	g) Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,00

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 312	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	80% aus höchstens €
	a) Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00
	b) bleibt frei	
	c) bleibt frei	
	d) Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	- Richtwert 30 Minuten	41,80
	- Richtwert 45 Minuten	59,00
	- Richtwert 60 Minuten	68,90
	- Richtwert 90 Minuten	103,40
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
	e) Gruppenbehandlungen bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmer	
	- Gruppe (2 Personen), Richtwert 45 Minuten	50,40
	- Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert 45 Minuten	34,60
	- Gruppe (2 Personen), Richtwert 90 Minuten	67,60
	- Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert 90 Minuten	56,10
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

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

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 342	Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	d) Gruppenbehandlung	
	- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmer	16,00
	- bei sensomotorischen / perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
	- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 90 Minuten, je Teilnehmer	37,90
	- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert 180 Minuten, je Teilnehmer	70,20
	e) Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	46,20
	f) Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert 45 Minuten	20,60
05 352	Ernährungstherapie	
	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert 60 Minuten	66,00
	b) Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
	c) Gruppenbehandlung, Richtwert 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Sonstige Leistungen zu LT Nrn. 05 112 bis 05 352 und 05 401	80% aus höchstens €
05 363	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
05 364	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person, je km Nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges. Ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind LT Nrn. 05 363 und 05 364 nur anteilig je Patient ansetzbar.	0,30
05 401	Podologie	
	a) Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
	b) Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
	c) Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
	d) Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
	e) Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	41,60
	f) Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,70
	g) Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen Fuß	194,60
	h) Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
	i) Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80

Leistungstafel
(gültig für ab 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen)

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

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

Tarifstelle 6

Sehhilfen

Allgemeines, ärztliche Verordnung

6.1 - Zu den Aufwendungen für die Beschaffung von Sehhilfen werden Zuschüsse nach den Leistungstafeln gezahlt:

a) für Erwachsene nach Leistungstafel A.

Sofern

- ein Refraktionsfehler eines oder beider Augen von
 - mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder
 - mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus
- oder
- eine schwere Sehbeeinträchtigung gem. TS 6.7 vorliegt nach Leistungstafel B.

b) für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs nach Leistungstafel B.

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 B
- 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 den jeweiligen Leistungstafeln 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 den Leistungstafeln 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 bzw. LT Nr. 36 320 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, Fernrohlupenbrillen, 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 A für Erwachsene

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
36 130 -131	Brillengestelle	80% aus höchstens 26,00 €
36 140	Reparatur Brillengestelle	80% aus höchstens 26,00 €
36 221 -224	Einstärkengläser bis +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 8,80 € je Glas
36 225 -229	Einstärkengläser über +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 13,80 € je Glas
36 231 -232	Zweistärkengläser (Bifokal) bis +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 20,00 € je Glas
36 233 -234	Zweistärkengläser (Bifokal) über +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 25,00 € je Glas
36 241 -242	Dreistärkengläser (Trifokal) oder Gleitsichtgläser (Multifokal) bis +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 25,00 € je Glas
36 243 -244	Dreistärkengläser (Trifokal) oder Gleitsichtgläser (Multifokal) über +/- 6 Dioptrien	80% aus höchstens 30,00 € je Glas
36 262 -264	Zuschlag für Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) gem. TS 6.4b	80% aus höchstens 5,10 € je Glas
36 265 -267	Zuschlag für Gläser mit prismatischer Wirkung	80% aus höchstens 5,10 € je Glas
36 282 -285	Tönung gem. TS 6.4a	80% aus höchstens 2,70 € je Glas
36 310	Kontaktlinsen gem. TS 6.5a	80% aus höchstens 25% der anerkannten Kosten
36 320	Kurzzeitlinsen gem. TS 6.5b	80% aus höchstens 37,60 € (sphärisch) und 56,20 € (torisch) im Kalenderjahr

Leistungstafel A für Erwachsene

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
36 410 -415	vergrößernde Sehhilfen gem. TS 6.6	80% aus höchstens 25% der anerkannten Kosten
36 610 -615	Refraktionsbestimmung durch Augenoptiker bis 31.12.2011	80% aus höchstens 3,20 € je Sehhilfe
36 620 -625	Refraktionsbestimmung durch Augenoptiker ab 01.01.2012	80% aus höchstens 13,00 € je Sehhilfe
36 910	Leistungen im Zusammenhang mit einer Tbc-Erkrankung	100% aus höchstens 40% der anerkannten Kosten

Leistungstafel B
für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie
für Personen mit bestimmten Erkrankungen nach TS 6.7 und TS 6.8

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 B
für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie
für Personen mit bestimmten Erkrankungen nach TS 6.7 und TS 6.8

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

Tarifstelle 7

Hilfsmittel

Ärztliche Verordnung

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

Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für gesondert ausgewiesene Versandkosten.

Hilfsmittel bei dauernder Pflegebedürftigkeit siehe TS 1.19.

Zuschussfähige Hilfsmittel

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

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

Augenschielklappe, auch als Folie

Badestrumpf

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

Badewannenverkürzer

Ballspritze

Bandagen/ -system (außer bei
- Einsatz zur Verletzungsprophylaxe wie z. B. bei sportlicher Betätigung
- Epicondylitisbandage ohne Pelotten)

Barren (z.B. als Übungsgerät bei Lähmungen)

Batterien für Krankenfahrstühle

(s. aber TS 7.6)

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

Behinderten-Dreirad

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

Beinspreizhilfe

Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie

Bettfixationsgurt

Bettgalgen

Bettnässer-Weckgerät

Billroth-Batist-Lätzchen

Blattwender

Bleistifthalter für Schwerstbehinderte an der Schreibhand

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

Blindenstock/-langstock/-taststock

Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)

Blindenschriftmaschine

Blutgerinnungsmessgerät (nur bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)

Blutlanzette

Blutzuckermessgerät

Bracelet

Bruchband (jedoch nicht Spranzbruchband)

Brustnarbenschützer

Brustprothesenhalter (abzüglich Eigenbehalt von 15,00 €)

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

Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

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

Darmrohr

Darmverschlusskapsel

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

Delta-Gehrad

Derotationsstütze/-schiene

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

Drehscheibe, Umsetzhilfen

Druckbeatmungsgerät

Duschsitz/-stuhl

Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse

Einmal-Schutzhose bei Querschnittslähmten

Ekzem-Manschette

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

Elektro-Stimulationsgerät

Ernährungssonde

Femina-Konen

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

Fingerling

Fingerschiene

Fixationshilfen

Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)

Gehgipsgalosse

Gehhilfe und -übungsgerät

Gehörschutz

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

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

Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)

Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)

Gipsbett

Glasstäbchen

Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
Handgelenkriemen

Harnröhrendilatator

Hebekissen

Heimdialysegerät

Helfende Hand, Scherenzange

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät
(-monitor)

Hochtontherapiegerät

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

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

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

Imeg-Patientensystem nach Herztransplantation

Impulsvibrator

Infusionspumpe/-besteck/-gerät und Zubehör

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

Inkontinenz-Therapie-System

Innenschuh, orthopädischer

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

Iontophorese-Gerät

Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen/
-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen und Zubehör

Katapultsitz

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter

Kieferspreizgerät

Kinnstütze

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

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe

Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation oder Gymnastiktherapie

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke (Prothesen) einschließlich Zubehör

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose;
Gummistrümpfe

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Korrektursicherungsschuh

Krabber für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör (auch elektrisch)

Krankenpflegebett

Krankenstock

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

Krücke

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

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

Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Liegebrett/-schale

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

Lispelsonde

Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind.

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

Zuschussfähig sind:

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

Milchpumpe

Mundsperrerr

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

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

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

Orthesenschuhe, abzüglich Eigenbehalt von 64,00 €

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

Peak-Flow-Meter

Penisklemme

Peronäusschiene, Heidelberger Winkel

Pflegemittel für Hilfsmittel (s. aber TS 7.6)

Phonator (Mini)

Polarimeter

Prothesenhandschuhe

Psoriasis-kamm

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

Quengelschiene

Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Reflektometer

Rektophor

Rollator

Rollbrett

Rutschbrett

Sandsack

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

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

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

Sicherheitsleibgurt

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreichend

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich Eigenbehalt von 64,00 €

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Sprechhilfe nach Kehlkopfresektion

Sprechkanüle

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

Spritzen

Sprunggelenkmanschette

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

Staubbinde

Stehübungsgerät

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

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

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

Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudi-

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

Übungsschiene
Urinale
Urinierhilfe
Urostomie-Beutel

Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung)
Vibrationstrainer bei Taubheit
Vojta-Behandlungsliege

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

Wechseldruckgerät

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

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

Nicht erstattungsfähige Hilfsmittel

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

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

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

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

Diätcomputer
Dusche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Öldispersionsapparat

Pulsfrequenzmesser

Rotlichtlampe
Rückentrainer

Salbenpinsel
Sandbox
Schlaftherapiegerät
Schnurloses Telefon
Schuhe (soweit nicht in TS 7.2 aufgeführt)
Seifenspender/-halter
Sicherheitsschuh, orthopädisch (ggf. Kos-
tenübernahme durch Arbeitgeber bzw. Träger
der beruflichen Rehabilitation)

Spezialsitze
Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflose
Stockroller
Stockständer
Stufenbett (auch z. B. Bandscheibenwürfel)
SUNTRONIC-System (AS 43)
Swing-Trainer

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

Übungsmatte
Ultraschalltherapiegeräte
Universal-Streck- und Entspannungsliege
Urin-Prüfgerät

Venenkissen
Vibrion-Feder

Waage
Wärmedecken/-flaschen
Wandstandgerät
WIP-Venentrainer
WC-Sitz

Zahnpflegemittel
Zehenkorrektursandale
Zweirad für Behinderte.

Perücken

7.5 - Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind erstattungsfähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z.B. Alopecia areata) oder eine erhebliche Verunstaltung, z. B. infolge Schädelverletzung, oder wenn ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt.

Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur erstattungsfähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss.

Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur erstattungsfähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung der jeweiligen Erst- oder Zweitperücke mindestens vier Jahre vergangen sind oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.

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

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

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

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

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

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

Mehrfachausstattung

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

Blindenhilfsmittel

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

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

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

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

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

Hilfsmittelversorgung über Vertragspartner der KVB

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

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

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

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

Leistungstafel

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

Leistungstafel

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

Tarifstelle 8

Stationäre Krankenhausbehandlung, Heilkur und stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Stationäre Krankenhausbehandlung (TS 8.1 - 8.8)

Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V

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

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

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

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

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

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen nach TS 8.1 Nr. 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 des KHEntgG für die Hauptabteilung ergibt; bei der Ermittlung des Betrages werden die obere Grenze des nach § 10 Absatz 9 des KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors sowie die mittlere Verweildauer gemäß des Fallpauschalenkataloges zugrunde gelegt;

2. bei Indikationen, die nicht mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden können, der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, soweit der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:

- a) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben 293,80 €
- b) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben 225,60 €
- c) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben 462,80 €
- d) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben 345,80 €

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

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

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

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

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

Behandlung in gemischten Krankenanstalten

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

Behandlung im Ausland

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

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

Wegen Aufwendungen zur Notfallversorgung siehe TS 1.13.

Begleitpersonen

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

Die Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind grundsätzlich nicht zuschussfähig. Nur in Fällen, in denen aufgrund des Alters eines Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung durch ein fachärztliches Attest festgestellt wird, dass eine Begleitperson medizinisch notwendig ist, sind die Aufwendungen für eine Unterbringung der Begleitperson außerhalb der Klinik bis zur Höhe von 13,00 € täglich zuschussfähig.

Wahlleistungen

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

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

Als Kosten eines Zwei- oder Einbettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als zuschussfähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterkunft in Betracht kommt.

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

Leistungsausschlüsse

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

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

8.8 - bleibt frei

Rehabilitationsmaßnahmen (TS 8.9 - 8.12)

Hinweis:

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

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

Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

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

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

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

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

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

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

Anschlussheilbehandlung (AHB)

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

Heilkur

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

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

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

Nicht genehmigte Rehabilitationsmaßnahmen

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

Leistungstafel

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

Leistungstafel

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

Leistungstafel

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

Tarifstelle 9

Schwangerschaft, Geburtsfälle

Künstliche Befruchtung

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

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

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

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

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

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

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

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

Schwangerschaft

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

Schwangerschaftsabbruch

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

Mutterschaftsvorsorge

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

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

Unterweisung zur Geburtsvorbereitung/ Rückbildungsgymnastik

9.5 - Aufwendungen für die Unterweisung zur Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik nach der Geburt werden für das weibliche Mitglied/ den weiblichen mitversicherten Angehörigen nach LT Nr. 09 410 bezuschusst, wenn die Behandlung von einer Hebamme/ einem Entbindungspfleger bzw. einem sonstigen Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach TS 5.1 durchgeführt wird.

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

Stationäre Entbindung

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

Wegen Familien- und Haushaltshilfe siehe TS 11.

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

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

Wochenhilfe

9.8 - Wochenhilfe ist der Zuschuss zu den Kosten der Säuglings- und Kleinkinderausstattung (vgl. LT Nr. 09 210 a)).

Wochenhilfe wird gezahlt

- a) Mitgliedern für das mitversicherte Kind,
- b) Mitgliedern für das mitversicherte nichteheliche Kind,
- c) Mitgliedern für den Entbindungsfall des mitversicherten weiblichen Kindes,
- d) Mitgliedern für ein mitversichertes Kind, das das 2. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und angenommen wird oder - sofern die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist - mit dem Ziel der Annahme in den Haushalt aufgenommen wird.

Lebendgeburten, Tot- oder Fehlgeburten

9.9 - Wochenhilfe wird nur bei Lebendgeburten, bei Mehrlingsgeburten entsprechend mehrfach, nach Vorlage eines standesamtlichen Geburtsnachweises gezahlt.

Wochenhilfe wird nicht bei Tot- oder Fehlgeburten gezahlt (wegen Sterbegeld vgl. Tarifstelle 10).

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
09 210	a) Wochenhilfe für jedes neugeborene Kind nach TS 9.8	52,00 €
	b) Pauschalbetrag für regelmäßig zu Lasten der KVB durchgeführte Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach TS 9.4	52,00 €
09 410	Hebammen-/ Entbindungspflegerkosten (auch bei Fehlgeburten) einschließlich a) der Kosten für die Unterweisung zur Geburtsvorbereitung/ Rückbildungsgymnastik (auch durch Leistungserbringer für Heilmittel nach TS 5.2) - in der Gruppe - oder - Einzelunterweisung - b) Betriebskostenpauschale für die von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen im Sinne des SGB V § 134a	100% der bis zum 2-fachen Satz der nach SGB V § 134a durch die Berufsverbände vereinbarten Vergütungen 100% der nach SGB V § 143a durch die Berufsverbände vereinbarten Betriebskostenpauschale

Tarifstelle 10

Sterbegeld

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

Das Sterbegeld wird als Pauschalbetrag zu den Bestattungskosten gezahlt.

Überführungskosten

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

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

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

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

Überführungskosten in besonderen Fällen

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

10.4 - bleibt frei

Leistungstafel

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

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

Tarifstelle 11

Familien- und Haushaltshilfe, Hauspflege bei Geburten

Familien- und Haushaltshilfe bei notwendiger außerhäuslicher Unterbringung

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

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

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

Die entstandenen Aufwendungen sind der außerhäuslich untergebrachten Person zuzuordnen.

Eine notwendige außerhäusliche Unterbringung in vorstehendem Sinne liegt nur vor bei

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

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

Familien- und Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit

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

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

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

Stationäre Unterbringung als Begleitperson

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

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

Familien- und Haushaltshilfe im Todesfall

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

Heim, fremder Haushalt

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

Hauspflege bei Geburten

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

Nahe Angehörige

11.7 - Wird die Familien- und Haushaltshilfe bzw. Hauspflege bei Geburten durch einen nahen Angehörigen (s. TS 1.12) durchgeführt, sind nur zuschussfähig:

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

Fahrtkosten

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

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
11 110	Familien- und Haushaltshilfe a) nach TS 11.1 - 11.4 b) notwendige Fahrtkosten nach TS 11.1 - 11.5 und TS 11.7	80% der zuschussfähigen Aufwendungen (siehe jedoch TS 1.20.1)
11 210	Hauspflege a) Haus- und Wochenpflegekraft nach TS 11.6, längstens für 14 Tage b) Fahrtkosten bei Hauspflege durch nahe Angehörige nach TS 11.7	80% der zuschussfähigen Aufwendungen
11 910	Familien- und Haushaltshilfe bei Tbc-Erkrankung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

Stichwortverzeichnis

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

B

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

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

C

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

D

Dauernde Pflegebedürftigkeit	13
Desinfektionskosten	26

E

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

F

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

G

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

H

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

I

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

K

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

L

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

M

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

N

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

O

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

P

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

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

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

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

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

V

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

W

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

Z

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