



**Tarif
der
Krankenversorgung
der
Bundesbahnbeamten**

Gültig vom 1. Januar 2009 an

Benachrichtigung nach § 19a des Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

Zur Erledigung ihrer Aufgaben bedient sich die KVB automatisierter Verfahren (EDV). Gemäß § 14 BDSG weisen wir darauf hin, dass die erhobenen Daten nur im Rahmen ihrer Zweckbestimmung gespeichert, verarbeitet oder genutzt werden.

Geschäftsführung: Hauptverwaltung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Verteilungsplan

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

Dieser Tarif ersetzt die Ausgabe vom 01.06.2004.

Berichtigungen

Lfd. Nr. der Berichtigung	Bekannt gegeben durch	Gültig vom _____ an	Berichtigt am durch
1	Nachtrag 1	01.06.2009	
2	Nachtrag 2	01.01.2010	
3	Nachtrag 3	01.01.2011	
4	Nachtrag 4	01.01.2012	
5	Nachtrag 5	01.01.2013	
6	Nachtrag 6	01.01.2013	
7	Nachtrag 7	01.01.2014	
8	Nachtrag 8	01.01.2015	
9	Nachtrag 9	01.01.2016	
10	Nachtrag 10	01.06.2017	
11	Nachtrag 11	01.01.2018	

Inhaltsverzeichnis

Tarifstelle	Bezeichnung	Seite
-	Verzeichnis der Abkürzungen	4
1	Allgemeines	5
2	Ambulante ärztliche Behandlung, Psychotherapie	15
3	Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz	19
4	Arznei-, Verbandmittel und Medizinprodukte (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)	23
5	Behandlungen besonderer Art Heilmittel, vorübergehende häusliche Kranken- pflege, ambulante Rehabilitation, Soziotherapie	27
6	Sehhilfen	45
7	Hilfsmittel	51
8	Stationäre Krankenhausbehandlung, Heilkur und Sanatoriumsbehandlung	61
9	Schwangerschaft, Geburtsfälle	69
10	Sterbegeld	73
11	Familien- und Haushaltshilfe, Haus- pflege bei Geburten	75
-	Stichwortverzeichnis	79
	Anlage 1: Richtlinien für die Gewährung von Zuschüssen zu den Aufwendungen bei Sanatoriums- behandlungen und Heilkuren	1-15
	Anlage 2: KVB-Erstattungsantrag	1-2
	Sonderdruck Verzeichnis der von der zu TS 1.5: Erstattung ausgeschlossenen oder bedingt anzuerkennenden Untersuchungs- und Behandlungs- verfahren - Ausschlussliste der KVB -	1-26

Verzeichnis der Abkürzungen

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

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 Erstattungsantrag (Anlage 2 - Vordruck 115/V 02) zu beantragen, dem alle Belege beizufügen sind.

Der Antragsteller sendet seinen Erstattungsantrag mit den Belegen auf seine Kosten an die Bezirksleitung.

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 Erstattungsantrag vorzulegen. 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	Bundesbahnamtman, Regierungsamtman, Techn. Bundesbahnamtman, Vergütungsgruppe IVa
12 und 62	Amtsrat, Bundesbahnamtsrat, Regierungsamtsrat, Techn. Bundesbahnamtsrat, Vergütungsgruppe III/IIb, Beamte der Besoldungsgruppe C 1
13 und 63	Oberamtsrat, Bundesbahnoberamtsrat, Regierungsoberamtsrat, Techn. Bundesbahnoberamtsrat, Bundesbahnrat, Regierungsrat, Vergütungsgruppe IIa
14 und 64	Bundesbahnoberrat, Oberregierungsrat, Bahnarzt, Vergütungsgruppe Ib
15 und 65	Bundesbahndirektor, Regierungsdirektor, Bahnarzt, Vergütungsgruppe Ia, Beamte der Besoldungsgruppe C 2
16 und 66	Ministerialrat, Abteilungspräsident, Leitender Bundesbahndirektor, Leitender Regierungsdirektor, Bahnarzt, Beamte der Besoldungsgruppe C 3
17 und 67	Beamte der Besoldungsordnung B, ADO-Angestellte, Bahnarzt, Beamte der Besoldungsgruppe C 4
68	Waise

Verträge, Ausweispflicht

1.10 - Um die Einhaltung bestehender Verträge zu sichern und um geldliche Nachteile zu vermeiden, sind alle Versicherten verpflichtet, sich beim Arzt, bei psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, beim Zahnarzt, in der Krankenanstalt bzw. beim Chefarzt, bei den Krankengymnasten, Masseurinnen 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 nach der am Tage der Antragsbearbeitung geltenden Umrechnungstabelle der „Reisebank AG“ umgerechnet, es sei denn, das Mitglied weist einen anderen, zur Zeit 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 oder Sanatoriumsbehandlung, kurähnliche Behandlung

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

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

Leistungen bei bestimmten Erkrankungen

1.16 - Zu den Aufwendungen für

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

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

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 und Sanatoriumsbehandlungen 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 (ausschließlich Fahrten zur Aufnahme und Entlassung) 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.

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.

Fortsetzung Seite 12

|

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 5.5.1).

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-/ Bluttteststreifen und Arznei-/ Verbandmittel in Arzt-/ Zahnarztrechnungen 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 Verordnungszeile die Höhe der Eigenbehalte,
 - b) Hilfsmitteln nach TS 7, - ausgenommen Hilfsmittel nach LT Nrn. 07 118-141, 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 für

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

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 Kriegsofopferfürsorge 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 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 Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen im Sinne der TS 5.1 angehören müssen.

Zu den Komplextherapien gehören u.a. Asthmaschulungen, Behandlung chronischer Wunden in Wundzentren, COPD-Schulungen, Diabetiker- und Adipositas-schulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitus-therapien, 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 kalender-täglichen Kosten überschritten werden.

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

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

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

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

Erste Hilfe, Entseuchung, Organspende

1.26 - Zuschussfähig sind die Aufwendungen

- für Erste Hilfe,
- für eine behördlich angeordnete Entseuchung, einschließlich der dabei verbrauchten Stoffe,
- eines Organspenders im Zusammenhang mit einer Organspende an ein Mitglied oder dessen mitversicherte Angehörige. Zuschussfähig ist auch der von dem Organspender nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkünften.
- 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)

Fortsetzung Seite 15

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

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.

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.

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

Neuropsychologische Therapie

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

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

Ärztliche Gebühren für die ambulante Strahlentherapie und die ambulante chemotherapeutische Behandlung

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

- die an dem jeweiligen Chemotherapietag (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.

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 bei der Vorlage von Erstattungsanträgen mit dem Vermerk „Ambulante Operation“ zu kennzeichnen.

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

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

1. Maßnahmen nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss ergangenen

- a) Kinder-Richtlinien
- b) Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung
- c) Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL
- d) Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien

in der jeweils geltenden Fassung.

Die Bezuschussung nach den unter c) und d) genannten Richtlinien erfolgt ohne Berücksichtigung einer Altersbegrenzung.

Darüber hinaus sind weitere, im Rahmen einer reinen Vorsorge-/ Früherkennungsmaßnahme durchgeführte und nicht in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltene, ärztliche Maßnahmen nach LT Nr. 02 110 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 der von der Deutschen Krebshilfe bestimmten Zentren durchgeführt 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.

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.

Fortsetzung Seite 17

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	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 Blutererkrankung	100% der zuschussfähigen Aufwendungen	

Tarifstelle 3

Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz

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

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

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

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

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

Heil- und Kostenplan: Genehmigungspflicht

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

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

Kieferorthopädische Leistungen

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

Die Aufwendungen sind zuschussfähig, wenn

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

Schwere Kieferanomalien sind:

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

Voraussetzung für die 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,

Fortsetzung Seite 21

- 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 bei der Vorlage von Erstattungsanträgen 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.

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:
 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)
 - 34. - Klimakteriumstherapeutika
 - 39. - Prostatamittel
 - 43. - Saftzubereitungen für Erwachsene

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 verbraucht werden und entweder in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden oder auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor selbst beschafft werden mussten.

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-/ Zahnarztrechnung	90% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 123	Apothekenpflichtige Arzneimittel nach LT Nrn. 04 910 - 944 in Arzt-/ Zahnarztrechnung	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.	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)
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)

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
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.	100% der zuschussfähigen Aufwendungen
04 950 -959	Apothekenpflichtige Arzneimittel für durch die Dialysepflicht bedingte Behandlungen	100% der zuschussfähigen Aufwendungen

Fortsetzung Seite 27

Tarifstelle 5

Behandlungen besonderer Art

Heilmittel, Häusliche Krankenpflege und vorübergehende Krankenpflege im Pflegeheim, ambulante Rehabilitation, Soziotherapie

Heilmittel (Tarifstellen 5.1 - 5.4)

Allgemeines

5.1 - Heilmittel werden nach der Leistungstafel bezuschusst, wenn die Leistungen aufgrund schriftlicher ärztlicher Verordnung von Angehörigen von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen auch in Anstalten oder hierfür vorgesehenen Stellen durchgeführt werden. Die ärztliche Verordnung muss Art, Zahl und Menge der notwendigen Behandlungen sowie die Diagnose bezeichnen.

Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen sind Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, akademische Sprachtherapeuten (mit Zulassung nach § 124 SGB V), klinische Linguisten, Masseur, medizinische Bademeister, Podologen, medizinische Fußpfleger nach § 1 Podologengesetz (PodG) sowie nichtärztliche Behandler nach TS 5.3. Zuschussfähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen.

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, Heilpädagogern, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden (siehe aber TS 5.13).

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit siehe TS 1.19.

5.2 - bleibt frei

Sprachtherapie

5.3 - Bei einer ärztlich verordneten Sprachtherapie können Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeuten oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schläffhorst-Andersen als zuschussfähig anerkannt werden.

Bewegungs-, Mineral-, Thermalbäder

5.4 - Die Aufwendungen nach TS 5.1 Satz 2 verordneter Krankengymnastik und Bewegungsübungen in Bewegungs-, Mineral- oder Thermalbädern sind erstattungsfähig, wenn sie unter gezielter, auf das Krankheitsbild bezogener Anleitung von Angehörigen von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen 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 vorübergehende Krankenpflege im Pflegeheim (Tarifstelle 5.5 - 5.9)

Definition, Allgemeines

5.5 - Häusliche Krankenpflege und vorübergehende Krankenpflege im Pflegeheim 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.

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 Ort (z. B. Schule, Kindergarten, betreute Wohnform, Arbeitsstätte oder Alten-/ Seniorenwohnheim) erbracht werden.

a) Behandlungspflege / verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen / ambulante psychiatrische Krankenpflege

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

b) Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung

Die angemessenen Aufwendungen einer nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (wobei die Grundpflege überwiegen muss) 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

- Professioneller ambulanter Pflegedienst

Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütungsvereinbarungen für die ambulante Pflege nach § 89 SGB XI. 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.

Vorübergehende Krankenpflege in Pflegeheimen

5.7 - Voraussetzung der Zuschussfähigkeit der angemessenen Aufwendungen für eine vorübergehenden Krankenpflege in einem Pflegeheim ist, dass

- die Pflegebedürftigkeit wegen Krankheit vsl. nicht länger als 6 Monate andauert,
- das Pflegeheim nach einer Bestätigung der zuständigen Gesundheits- oder Sozialbehörde geeignet ist, durch das vorhandene Personal (Ärzte / Pfleger) die erforderliche Pflege zu gewährleisten, und
- vom Arzt die krankheitsbedingt notwendige vorübergehende Unterbringung in dem Heim anstelle einer sonst erforderlichen häuslichen Krankenpflege schriftlich bestätigt wird.

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.

Fortsetzung Seite 29

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. 05 362 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. 05 142 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 Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen (siehe TS 5.1) nach LT Nr. 05 131 p) bezuschusst.

Eine Bezuschussung von Leistungen von Angehörigen von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen 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 18 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.

S o n s t i g e s (Tarifstellen 5.14 - 5.15)

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 Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 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 01.01.10: 55 €/ 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.

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 111	Inhalationen¹⁾	80% aus höchstens €
	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	c) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
	d) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	e) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
05 131	Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
	a) Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50
	b) Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
	c) Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	d) Krankengymnastik in einer Gruppe (2 - 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
	e) Krankengymnastik in einer Gruppe (2 - 4 Personen) bei zerebralen Dysfunktionen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Krankengymnastik, Bewegungsübungen (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	f) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	g) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 - 5 Personen) bei Behandlung von Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
	h) Bewegungsübungen	7,70
	i) Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
	j) Krankengymnastik / Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
	k) Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
	l) Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,40
	m) Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20
	n) Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
	o) Gerätegestützte Krankengymnastik, (Behandlungsrichtwert 60 Minuten) - begrenzt auf maximal 18 Behandlungen je Kalenderhalbjahr - je Anwendung	35,00

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
		80% aus höchstens €
	p) Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder Medizinische Trainingstherapie (MTT), (Behandlungsrichtwert 60 Minuten) - begrenzt auf maximal 18 Behandlungen je Kalenderhalbjahr - je Anwendung	35,00
05 142	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)³⁾ Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
05 161	Massagen	
	a) Massage einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colomassage)	13,80
	b) Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
	- Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50
	- Großbehandlung, 45 Minuten	29,20
	- Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00
	- Kompressionsbandagierung einer Extremität ²⁾	8,70
	c) Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,10
05 181	Packungen	
	a) Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30
	b) Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	<p>Packungen (Fortsetzung)</p> <p>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 -</p> <p>- Teilpackung</p> <p>- Großpackung</p> <p>d) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -</p> <p>e) Kaltpackung (Teilpackung)</p> <p>- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.</p> <p>- Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid</p> <p>f) Heublumensack, Peloidkompressen</p> <p>g) Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz</p> <p>h) Trockenpackung</p>	<p>80% aus höchstens €</p> <p>20,50</p> <p>28,20</p> <p>14,90</p> <p>7,70</p> <p>15,40</p> <p>9,20</p> <p>4,60</p> <p>3,10</p>
05 191	<p>Hydrotherapie</p> <p>a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss</p> <p>b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss</p> <p>c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung</p>	<p>3,10</p> <p>4,60</p> <p>4,10</p>

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 194	Bäder	80% aus höchstens €
	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00
	c) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
	d) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
	e) Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
	f) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
	g) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90
	h) Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	- Teilbad	28,70
	- Vollbad	32,80
	i) Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit der Bestrahlung durch langwelliges ultraviolettes Licht (UV-A) oder kurzwelliges ultraviolettes Licht (UV-B), einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - je Anwendung	32,80

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 194	Bäder (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	j) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	k) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
	l) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	m) Bei mehreren Zusätzen, je weiterer Zusatz	3,10
	n) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
	o) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,50
	p) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,00
	q) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	r) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10
	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig.	
	Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter LT Nr. 05 194 j), k), l) und o) angegebenen erstattungsfähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 €. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der LT Nr. 05 194 m) erstattungsfähig.	

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 221	Kälte- und Wärmebehandlung	80% aus höchstens €
	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
	c) Eisteilbad	9,80
	d) Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
05 231	Elektrotherapie	
	a) Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
	b) Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
	c) Behandlung eines oder mehrerer Körper- abschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diodynamischer Strom, Inter- ferenzstrom, Galvanisation)	6,20
	d) Gezielte Niederfrequenzbehandlung oder Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
	e) Iontophorese	6,20
	f) Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
	g) Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 251	Lichttherapie	80% aus höchstens €
	a) Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	- als Einzelbehandlung	3,10
	- in der Gruppe, je Teilnehmer	2,60
	b) Reizbehandlung mit Ultraviolettlicht	
	- eines umschriebenen Hautbezirkes	3,10
	- mehrerer umschriebener Hautbezirke	5,20
	c) Quarzlampendruckbestrahlung	
	- eines Feldes	6,20
	- mehrerer Felder	8,70
05 311	Logopädie	
	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
	d) Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	- Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	- Mindestdauer 45 Minuten	41,50
	- Mindestdauer 60 Minuten	52,20

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 341	Logopädie (Fortsetzung)	80% aus höchstens €
	e) Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	- Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	- Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
	Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
	a) Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Einzelbehandlung	
	- bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	- bei sensomotorischen / perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	- bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
c) Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70	
d) Gruppenbehandlung		
- Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40	
- bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70	

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
	Sonstige Leistungen zu LT Nrn. 05 111 bis 05 341 und 05 400	80% aus höchstens €
05 361	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
05 362	<p>Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person, je km</p> <p>Nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges. Ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels.</p> <p>Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind LT Nrn. 05 361 und 05 362 nur anteilig je Patient ansetzbar.</p>	0,30
05 400	<p>Podologische Therapie (Medizinische Fußpflege)</p> <p>Aufwendungen der Podologischen Therapie sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ zuschussfähig</p> <p>a) Hornhautabtragung an beiden Füßen</p> <p>b) Hornhautabtragung an einem Fuß</p> <p>c) Nagelbearbeitung an beiden Füßen</p> <p>d) Nagelbearbeitung an einem Fuß</p> <p>e) Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)</p> <p>f) Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)</p>	<p>14,50</p> <p>8,70</p> <p>13,05</p> <p>7,25</p> <p>26,10</p> <p>14,50</p>

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
05 610	Behandlungspflege / Vorübergehende Pflege im Pflegeheim - 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)
05 700 - 702	ambulanter Rehabilitationssport (je Übungseinheit)	80% aus höchstens € 6,20
05 710 - 711	Funktionstraining (je Übungseinheit)	80% aus höchstens € 6,20
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) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert erstattungsfähig.
- 2) Das notwendige Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist 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.

Tarifstelle 6

Sehhilfen

Allgemeines, ärztliche Verordnung

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

- a) für Erwachsene nach Leistungstafel A. Sofern
 - ein Refraktionsfehler 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

Fortsetzung Seite 51

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.

Hilfsmittel bei dauernder Pflegebedürftigkeit siehe TS 1.19.

Erstattungsfähige Hilfsmittel

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

Abdeckplane für Krankenfahrzeuge
Abduktionslagerungskeil
Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)
Adaptionshilfen
Alarmgerät für Epileptiker
Amputations-Stumpfstrumpf
Anatomische Brillenfassung
Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
Anti-Decubitusbett
Anti-Thrombosemanschette
Anti-Varus-Schuh
Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
Anzieh-/Ausziehhilfen
Aquamat
Armmanschette
Armtragegurt/-tuch
Arthrodesensitzkissen/-koffer (Nielsen)
/-stuhl
Atemtherapiegeräte
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)
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
Ballspitze
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.)
Beatmungsinhalationsgerät
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
Blindeneinrichtung für handelsübliche Schreibmaschinen (Fühlmarken, Papierhalteschiene, Blattauflage)
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)
Elektrokrankenfahrzeug (jedoch nicht Elektrofahrzeug)
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 Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)
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 Ballonka-

theter

Kieferspreizgerät

Kinnstütze

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

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebrally-paretischen Kindern

Kniekappe

Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation oder Gymnastiktherapie

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke (Prothesen) einschließlich Zubehör

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose;
Gummistrümpfe

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Korrektursicherungsschuh

Krabbler für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrrad mit Zubehör

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 Eigenanteil 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 Eigenanteil von 64,00 €)

Milchpumpe

Mundsperrer

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

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

Orthese, Orthoprothese, Korrektorschienen, Korsetts u.ä., auch Stützieder, Haltemanschette usw.

Orthesenschuhe, abzüglich Eigenanteil von 64,00 €

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange (einschließlich der Anpassungen)

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

Peak-Flow-Meter

Penisklemme

Peronäusschiene, Heidelberger Winkel

Pflegemittel für Hilfsmittel (s. aber TS 7.6)

Phonator (Mini)

Polarimeter

Prothesenhandschuhe

Psoriasisikamm

(DS 115/V - Tarif)

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

Quengelschiene

Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Reflektometer

Rektophor

Rollator

Rollbrett

Rutschbrett

Sandsack

Sauerstoffinhalationsgerät

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 Eigenanteil von 64,00 €

Sphinkter-Plastik

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)

Stehübungsgerät

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Staubbinde

Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter

Stubbies
Stumpfschutzhülle
Stumpfstrumpf
Suspensorium
Symphysen-Gürtel

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

Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer 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
Wright-Peak-Flow-Meter, Mini-Wright-Peak-Flow-Meter

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, 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:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk (außer bei ärztlicher Verordnung in folgenden Fällen:

- Nach operativ versorgten Bandverletzungen am oberen Sprunggelenk im Anschluss an die postoperative Ruhigstellung (nach Abschluss der Wundheilung) anstelle eines fixierenden Gehgipsverbandes,
- bei frischen, nicht operativ behandelten Bandverletzungen, die eine länger dauernde Ruhigstellung erfordern, anstelle eines Gehgipsverbandes.

Eine Ersatzbeschaffung scheidet aus.)

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)

Corolle-Schuh

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
Exoskelette
Expander

Fahrrad (auch mit Stützrädern)
Fieberthermometer

Fitnessgeräte
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

Ganter-Aktiv-Schuhe
Garage für Krankenfahrzeuge (auch Mini-Garage)
Gerät zur Intraschallanwendung (NOVASONIC)
Gerät zur Therapie saisonaler Depressionen (Licht-Therapie-Gerät, SAD)
Gesundheitsschuhe/-kissen
Gießener-Stoma-Becken (außer beim Vorliegen von Behinderungen, die nur eine unzulängliche Benutzung üblicher Sanitäreinrichtungen zulassen)
Gymnastikgeräte (außer zur Behandlung von Spastikern)

Handschuhe (soweit nicht unter TS 7.2 aufgeführt)
Handtrainer
Hängeliege
Hannoverscher Rückentrainer
Hantel (Federhantel)

Hausnotrufsystem	N ackenkissen (z.B. Witschi, Ricki, Brügger)
Hautschutzmittel	Nackenheizkissen
Heimtrainer	Nagelspange
Heizdecke/-kissen	
Hilfsgeräte für die Hausarbeit	
Holzsandalen	Ö ldispersionsapparat
Höhensonne	
Hörkissen	
Hörkragen Akusta-Coletta	P rothesenschuh
	Pulsfrequenzmesser
I ntraschallgerät (Schallwellengerät)	
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)	Rotlichtlampe
Ionisierungsgeräte (z.B. Ionisator, Pollimed 100)	Rückentrainer
Ionopront, Permax-Sauerstofferzeuger	
K atzenfell	S albenpinsel
Klingelleuchte (soweit nicht unter TS 7.2 erfasst)	Sandbox
Knickfußstrumpf	Schlaftherapiegerät
Knoche Natur-Bruch-Slip	Schnurloses Telefon
Kolorimeter	
Kommunikationssystem	Schuhe (soweit nicht in TS 7.2 aufgeführt)
Kondome	Seifenspender/-halter
Kopfhörer	Sicherheitsschuh, orthopädisch (ggf. Kostenübernahme durch Arbeitgeber bzw. Träger der beruflichen Rehabilitation)
Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung	Spezialsitze
Krankenunterlagen (aus z. B. Tuch oder Gummi zum Schutz der Matratze bzw. auch andere bei Fehlen der Voraussetzungen nach TS 7.2)	Spirometer
Kreislaufgerät	Spranzbruchband
Küchengeräte	Sprossenwand
	Sterilisator
	Stimmübungssystem für Kehlkopflose
	Stockroller
	Stockständer
L agerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil	Stufenbett (auch z. B. Bandscheibenwürfel)
Language-Master	SUNTRONIC-System (AS 43)
Linguaduc-Schreibmaschine	Swing-Trainer
Luftbefeuchter	
Luftpolsterschuhe	
Luftreinigungsgeräte	
M agnetfolie (z.B. Mogusa)	T aktellgerät
Massagegerät	Tamponapplikator
Matratze (außer Decubitus-)	Tandem für Behinderte
Medos-Hilfensessel (außer Aufwendungen bis Standard-Behindertestuhl)	Telefonverstärker
M-Extender-Hängeliege	Telefonhalter
Monophonator	Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
Munddusche	Transit-Rollstuhl
	Treppenlift, Monolift, Plattformlift

Übungsmatte
Ultraschalltherapiegeräte
Universal-Streck- und Entspannungsliege
Urin-Prüfgerät

Wärmedecken/-flaschen
Wandstandgerät
WIP-Venentrainer
WR-Sitz

Venenkissen
Vibrion-Feder

Zahnpflegemittel
Zehenkorrektursandale
Zweirad für Behinderte.

Waage

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)
07 610	Betrieb und Unterhaltung	80% der angemessenen Kosten (siehe jedoch TS 7.6)
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)

Leistungstafel

LT Nr.	Bezeichnung der Leistung	Zuschuss für Mitglieder aller Beitragsgruppen
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

Fortsetzung Seite 61

Tarifstelle 8

Stationäre Krankenhausbehandlung, Heilkur und Sanatoriumsbehandlung

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 Krankenhäusern, die dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) unterliegen, 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.

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 unter Zugrundelegung der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 des KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors ergibt;
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 Sanatoriumsbehandlungen 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. Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren) werden nach den „Richtlinien für die Gewährung von Zuschüssen zu den Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlungen 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.

Sanatoriumsbehandlung

8.9 - Zu den Aufwendungen für eine von der KVB genehmigten Sanatoriumsbehandlung werden Zuschüsse nach LT Nr. 08 310 bis 08 322 des KVB-Tarifs gezahlt. Wurde die Sanatoriumsbehandlung 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 Sanatoriumsbehandlung 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, Sanatorium 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 genehmigten Sanatoriumsbehandlung 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 genehmigten Sanatoriumsbehandlung 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 genehmigten Sanatoriumsbehandlung	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 c) der Kosten für die Unterweisung zur Geburtsvorbereitung/ Rückbildungsgymnastik (auch durch sonstige Angehörige der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach TS 5.1) - in der Gruppe - oder - Einzelunterweisung - d) 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.

Rangfolge

10.4 - Bei Beantragung von Zuschüssen nach TS 10.1 bis 10.3 durch den hinterbliebenen Ehegatten, die leiblichen Kinder oder Adoptivkinder des verstorbenen Mitglieds wird der Zuschuss demjenigen gewährt, der die Belege zuerst vorlegt.

Andere - natürliche oder juristische - Personen erhalten Zuschüsse nach den Leistungstafeln, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen nachweislich bezahlt haben und hierfür die Belege vorlegen.

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 Sanatoriumsbehandlung, 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.

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	12
Ärztliche Verordnung/Bescheinigung	
- von Arznei- und Verbandmitteln	23
- von Heilmitteln	27
- von Hilfsmitteln	51
- von Sehhilfen (Brillen)	45
Ambulante	
- Operationen	16.1, 21
- Rehabilitation	29
- Chemotherapie	11, 13, 16.1, 26
- psychiatrische Krankenpflege	28
- psychosomatische Nachsorge	16
- Strahlentherapie	11, 13, 16.1, 51, 56, 68
- therapeutische Anwendung radioaktiver Stoffe	68
Ambulanter Rehabilitationssport	31
Anschlussheilbehandlung	64
Anspruchsprüfung	6
Arznei-, Verbandmittel	
- zuschussfähige und nicht zuschussfähige Aufwendungen	23
- bei Zahnbehandlung	21
- wiederholter Bezug	25
Arztwechsel	9
Ausland	
- Behandlung im	9
- Krankenhausbehandlung im	9, 62
- Rechnungsbeträge nicht in Euro	10
- Rechnungen und Belege in ausländischer Sprache	10
Ausschlüsse von Behandlungsverfahren	6, 15, 63
Ausschlussliste	3, 6
Ausweispflicht der Versicherten	9
B	
Bäder	36, 37
Beförderungskosten	11
Begleitpersonen	62, 75
Behandlungen besonderer Art	27
Behandlungspflege	12, 28, 28.1, 28.2, 42
Beitragsgruppen	8
Beitragsklassen	9
Belastungsgrenze	13
Beschäftigungstherapie	40
Bescheinigungen	10
Besuchsfahrten	12
Betrieb von Hilfsmitteln	58
Bewegungsbäder	28
Blindenhilfsmittel	59

Brillen	
- Gestelle	49, 50.1
- Gläser	45
- mit besonderen Gläsern	46
- mehrere	45

C

Chemotherapie	11, 13, 16.1, 26
---------------------	------------------

D

Dauernde Pflegebedürftigkeit	12
Desinfektionskosten	18

E

Eigenanteile	12
Elektrotherapie	38
Empfängnisregelnde Mittel	25
Entbindung (Stationäre/ Ambulante Entbindung, Hausentbindung)	70
Entseuchung	14.2
Ergotherapie	40
Ersatzbeschaffung von Brillen	46
Erstattungsantrag	7
Erstattungsfähige Hilfsmittel	51
Erstattungsfähige Kosten	5
Erste Hilfe	14.2
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP).....	30

F

Familien- und Haushaltshilfe	
- bei notwendiger außerhäuslicher Unterbringung	75
- im Todesfall	76
- durch nahe Angehörige	77
Fehlgeburten	71
Fototrope Gläser	46
Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen	5, 16.2, 19
Funktionsanalyse	40
Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen	20.1
Funktionstraining	31

G

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	4, 7, 19
Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)	4, 7
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	4, 7, 19, 20
Geburtsfälle	69
Gemischte Krankenanstalten	62
Grundpflege	28, 42
Gutachten	10

H

Härtefallregelung	13
Häusliche Krankenpflege	28.1
Haushaltshilfe	75
Hauspflege	
- bei Geburten	76
- durch nahe Angehörige	77
Hauswirtschaftliche Versorgung	28, 42
Heilkuren, Kurähnliche Behandlung	
- ohne Genehmigung des Dienstherrn	10, 65
- vom Dienstherrn genehmigt	64
Heilmittel	27
Heil- und Kostenplan	19
Heim, fremder Haushalt	76
Hilfsmittel	
- erstattungsfähige	51
- nicht erstattungsfähige	55
- zum Verbrauch bestimmte	55
- Versorgung über Vertragspartner	60
Hörhilfen/Hörgeräte	53, 60.1
Hospize	14.2
Hydrotherapie	35

I

Implantologische Leistungen	20.1
Inhalationen	32
Instandsetzungen von Hilfsmitteln	58
Integrierte Versorgung	14.1

K

Kältebehandlung	38
Kieferorthopädische Leistungen	19, 20
Kontaktlinsen	47, 49
Komplextherapien	14.1
Kommunikationshilfen	31
Krankenhausbehandlung stationär	61
Krankengymnastik, Bewegungsübungen	27, 32, 33
Künstliche Befruchtung	69
Kunststoffgläser	47
Kurähnliche Behandlung	10, 65

L

Lebendgeburten	71
Leichtgläser	47, 49, 50.1
Leistungen bei bestimmten Erkrankungen	10
Leistungsausschlüsse	6, 63
Leistungsbegrenzungen	6
Lichtschutzgläser	46
Lichttherapie	39
Logopädie	39, 40

M

Massagen	34
Medizinisches Aufbautraining (MAT)	30
Medizinische Trainingstherapie (MTT)	30
Medizinprodukte (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen)	
- zuschussfähige Aufwendungen	23
Mehrfachausstattung (Hilfsmittel)	59
Mietgebühren für Hilfsmittel	58, 60.1
Mineralbäder	28
Mitgliedsausweis	9
Mutterschaftsvorsorge	17, 70
Mutter-Kind-Kur	63, 67

N

Nachträgliche Rechnungsermäßigungen	7
Nahrungsergänzung	25
Nahe Angehörige	9
- Pflege durch	28.1
- Familien- und Hauspflege durch	77
Neuropsychologische Therapie	16.2
Nichtfachkräfte	28.1
Nicht genehmigte Rehabilitationsmaßnahmen	65

O

Organspende	14.2
-------------------	------

P

Packungen	34, 35
Palliativversorgung	14.1
Perücken	58, 60.1
Pflegefälle	
- Behandlungspflege bei dauernder Unterbringung in Pflegeheimen	28.2
- Dauernde Pflegebedürftigkeit	12
- Familien- und Haushaltshilfe	75
- häusliche Krankenpflege	28.1
- Hauspflege bei Geburten	76
- nahe Angehörige	28.1
- Nichtfachkraft	28.1
- vorübergehende Krankenpflege im Pflegeheim	28.2
- Zuschüsse für Fahrtkosten	29
Podologische Therapie (medizinische Fußpflege)	41
Preisnachlässe	7
Privatkliniken	61
Professioneller ambulanter Pflegedienst	28.1
Psychosomatische Grundversorgung	16
Psychotherapie	15

R

Radioaktive Stoffe	68
Rechnungen	
- in ausländischer Sprache	10
- nicht in Euro	10
- nachträgliche Ermäßigungen	7
Rehabilitationsmaßnahmen	63
Reparatur	
- von Brillen	46
- von Hilfsmitteln	58

S

Sanatoriumsbehandlung	
- ohne Genehmigung des Dienstherrn	10
- vom Dienstherrn genehmigt	63
Schutzimpfung	15
Schwangerschaft	13, 69, 70
Schwangerschaftsabbruch	70
Sehhilfen	45
- schwere Sehbeeinträchtigung	48
- vergrößernde	48
Sondennahrung	25
Soziotherapie	31
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	14.1
Sportbrille	45
Sprachtherapie	27
Stationäre Krankenhausbehandlung	61
Stationäre Versorgung in Hospizen	14.2
Sterbegeld	73
Strahlentherapie	11, 13, 16.1, 51, 56, 68

T

TBC-Behandlung	14.3, 18, 26, 42, 50, 50.2, 60.2, 78
Therapeutische Sehhilfen	48
Thermalbäder	28
Totgeburten	71

U

Überführung einer Leiche oder Urne	73
Unterhaltung von Hilfsmittel	58
Unterkunft bei auswärtiger ambulanter Behandlung	16.2
Unterweisung zur Geburtsvorbereitung/Rückbildungsgymnastik	70

V

Vater-Kind-Kur	63, 67
Verbandmittel	23
Verhaltenstherapie	15
Verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen	28
Verträge	7, 9
Vorhänger zu Brillen	46
Vorsorgemaßnahmen	5, 19
Vorübergehende häusliche Krankenpflege	27

W

Wärmebehandlung	38
Wahlleistung bei stationärer Krankenhausbehandlung	61, 63, 66
Wiederholter Bezug von Arznei-, Verbandmitteln und Medizinprodukten	25
Wochenhilfe	71

Z

Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz	19
Zuschüsse zu den Aufwendungen	5
Zuschusskürzung	5