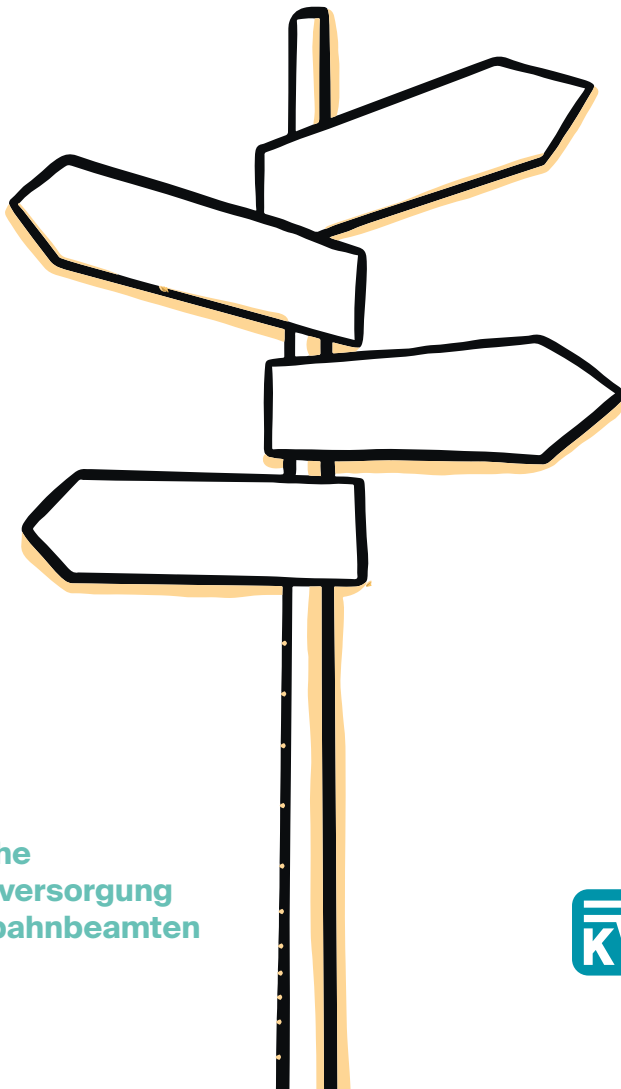


Kurzwegweiser Satzung, Tarif, Krankenversorgung

Stand: August 2024



Schriftenreihe
der Krankenversorgung
der Bundesbahnbeamten
Ausgabe 01



Stand:
01.08.2024

Inhalt

4 Satzung

- 5 Hinweise zur Doppelversicherung
- 6 Hinweise für Ehegatten mit eigenem Einkommen
- 8 Mitversicherung von studierenden Kindern
- 9 Unfälle und Verletzungen

10 Tarif

- 11 Außerklinische Intensivpflege
 - 13 Ambulante ärztliche Behandlung
 - 15 Arzneimittel mit Festbetrag und zuzahlungsbefreit
 - 16 Arzneimittel und Medizinprodukte
 - 18 Behandlungen im Ausland
 - 20 Eigenanteile
 - 22 Erstattungsanträge
 - 23 Fahrtkosten
 - 26 Härtefallregelung
 - 27 Häusliche Krankenpflege
 - 28 Haushaltshilfe
 - 29 Heilbehandlungen besonderer Art
(mit Höchstbeträgen nach Tarifstelle 5)
 - 43 Hilfsmittel
 - 44 Hilfsmittelversorgung über Vertragspartner der KVB
 - 45 Kieferorthopädische Behandlung
 - 46 Krankenhausbehandlung
 - 48 Palliativversorgung
 - 49 Rehabilitationssport und Funktionstraining
 - 50 Sehhilfen
 - 51 Sterbegeld
 - 52 Übergangspflege im Krankenhaus
 - 54 Zahnbehandlungen/Zahnersatz
- 57 Impressum



Dieses Symbol verweist auf Satzung, Tarifstellen oder/und Informationsblätter aus dem Abschnitt 4 im Ordner „Satzung und Tarif“, die zu beachten sind.



Dieses Symbol verweist auf Änderungen zur vorherigen Ausgabe.



**Die Klinik Königstein
ist eine Fachklinik
für Anschlussheilbehandlung
und Rehabilitation für**

**Herz- und Gefäßkrankheiten
Bluthochdruck
Diabetes
Stoffwechsel
Adipositas
und Orthopädie**

Durch eine enge Verzahnung des Teams aus Medizin, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie und Sozialberatung ist eine ganzheitliche und umfassende Betreuung der Patientinnen und Patienten gewährleistet.

Das Behandlungsspektrum wird optimal unterstützt durch eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und eine gute apparative Versorgung.

Klinik Königstein der KVB
Sodener Straße 43
61462 Königstein im Taunus

T: (06174) 204-0
F: (06174) 204-509

info@kvb-klinik.de
kvb-klinik.de

Satzung

Hinweise zur **Doppelversicherung**

- Gehört ein KVB-Mitglied oder ein mitversicherter Angehöriger gleichzeitig einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung an, so besteht eine Doppelversicherung nach § 29 Abs. 14 der KVB-Satzung.
- Die Doppelversicherung ist bei Verwendung des Formulars „Erstattungsantrag“ bzw. der App „KVB ServiceApp“ unter dem Punkt „Ansprüche aus gesetzlicher Krankenversicherung/anderen Rechtsvorschriften“ stets anzugeben.
- Eine Doppelversicherung im Sinne dieser Bestimmungen liegt nicht vor bei einer
 - KVB-Restkostenversicherung
 - Krankentagegeldversicherung oder bei
 - Mitgliedern/Mitversicherten, die unter die Bestimmungen des § 29 Abs. 6 fallen (Beihilfeanspruch gegen einen anderen Dienstherrn).
- Bei einer Doppelversicherung als Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind grundsätzlich die Leistungen der anderen Krankenversicherung zuerst in Anspruch zu nehmen (ausgenommen Mitglieder nach § 34 Abs. 5 der Satzung [Ausnahme: diese gilt nicht bei einer Reha!]).
- Mitversicherten Kindern, die selbst Mitglieder einer GKV sind, steht kein Wahlrecht nach § 34 Abs. 5 der Satzung zu, auch wenn eine KVB-Mitgliedschaft mindestens eines Elternteils vor dem 01.07.1980 begründet wurde.
- Bei einer Doppelversicherung als Pflichtversicherung in der GKV beachten Sie bitte die Leistungseinschränkungen nach § 29 Abs. 14 Nr. 2a der Satzung.



Satzung
§ 29
Abs. 14
S 1

„Informa-
tionen zur
Doppel-
versicherung“

Hinweise für Ehegatten mit eigenen Einkünften

Für mitversicherte Ehegatten sind die Leistungen der KVB von der Höhe eigener Einkünfte abhängig. Ab 01.01.2024 wird die hierfür maßgebliche Einkommensgrenze nach den neuen Bestimmungen des § 29 a Abs. 4 der Satzung von 20.000 € auf 20.878 € angehoben. Verfügt Ihr Ehegatte über eigene Einkünfte, beachten Sie bitte die Bestimmungen der §§ 28 und 29 a der Satzung.



Zur Ermittlung des maßgeblichen Einkommens nach § 29 a der Satzung sind die Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes (EStG) maßgeblich. Entscheidend ist danach der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 2 Abs. 5a EStG im Vorvorkalenderjahr vor Stellung des Erstattungsantrages.



Beispiel:

Für den Erstattungsantrag vom 01.01.2024 gilt das Vorvorkalenderjahr 2022



Übersteigt das maßgebliche Einkommen des Ehegatten die Einkommensgrenze gemäß § 29 a Abs. 4, ist nach § 28 Abs. 2 f der Satzung grundsätzlich durch das Mitglied ein jährlich besonders festgesetzter Zuschlag zum Beitrag zu entrichten. Abweichende Regelungen in besonderen Fällen können Sie den Bestimmungen der §§ 28 und 29a der Satzung oder dem Informationsblatt S 6 entnehmen.



Foto © ferkeiragae - stock.adobe.com

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

Auf die Zahlung des Zuschlags zum Beitrag kann unter bestimmten Bedingungen verzichtet werden. Sie erhalten dann zu den zuschussfähigen Aufwendungen nur den beitragsbezogenen Anteil der jeweiligen Tarifleistung. Beachten Sie bitte, dass ein für das jeweilige Kalenderjahr beantragter und bestätigter Verzicht für das betroffene Kalenderjahr bindend ist und nicht mehr zurückgenommen werden kann.

Die jeweils einschlägigen Bestimmungen der Satzung, die maßgebliche Einkommensgrenze und ergänzende Informationen zur Ermittlung des maßgeblichen Einkommens sind sowohl in den jeweiligen Druckstücken als auch auf der Webseite der KVB und über einen besonderen Link im Menü der „KVB ServiceApp“ zu finden.



**Satzung
§ 29 a
S 6**

**„Informa-
tionen zu
Leistungen für
mitversicher-
te Ehegat-
tinnen / Ehe-
gatten oder
eingetragene
Lebenspart-
nerinnen /
Lebens-
partner mit
eigenen
Einkünften“**

Mitversicherung von **studierenden Kindern**

- Gemäß § 5 Abs. 9 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) unterliegen Studentinnen/Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Fachhochschulen/Hochschulen eingeschrieben sind, der **gesetzlichen Versicherungspflicht**.
- Von dieser Versicherungspflicht können sich die Studierenden auf Antrag befreien lassen. Der Antrag auf Befreiung ist unwiderruflich. Er ist innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei einer GKV zu stellen.
- Eine Mitversicherung nach § 23 Abs. 1 der Satzung der KVB ist, bei Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag des KVB-Mitglieds, grundsätzlich nur noch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bzw. darüber hinaus für die Zeiten eines freiwilligen Wehrdienstes oder Freiwilligendienstes im Sinne des § 23 Abs. 1 d) der Satzung der KVB möglich.
- Eine eigenständige Mitgliedschaft kann wegen fehlender Voraussetzungen nach § 19 Abs. 1 der KVB-Satzung nicht begründet werden.
- Ohne Befreiung erfolgt der Abschluss einer eigenständigen Mitgliedschaft in einer GKV.
- Bei Befreiung in der GKV ist der Abschluss einer Restkostenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen für das mitversicherte studierende Kind empfehlenswert. **Der gewählte Tarif sollte eine Option auf eine Umstellung in eine Vollkostenversicherung bei Beendigung der Mitversicherung bei der KVB enthalten.**



Satzung
§ 23
S 2

„Informa-
tionen zur Mit-
versicherung
von Kindern
während des
Studiums“

Unfälle und Verletzungen



Foto © vectorfusionart - stock.adobe.com

- Ein **Unfall** ist jedes auf den Körper einwirkende Ereignis, das zu einer Verletzung führt.
- **Jeder Unfall**, unabhängig davon, ob unverschuldet, selbst verschuldet, mitverschuldet oder durch einen Dritten verursacht, ist unverzüglich mithilfe eines **Unfallfragebogens** oder einer **Unfallschilderung** der zuständigen KVB-Bezirksleitung zu melden.
- **Unfallbedingte Leistungen** können nur nach Vorlage eines sorgfältig und umfassend ausgefüllten **Unfallfragebogens** mit unterschriebener **Abtretungserklärung** erstattet werden.
- Einen personalisierten Vordruck **Unfallfragebogen** erhalten Sie bei der KVB oder im Internet unter www.kvb.bund.de.
- **Unfallbedingte Rechnungen** sind bei der Stellung eines Erstattungsantrags immer besonders zu kennzeichnen. Erfolgt die Antragstellung über die „KVB ServiceApp“, ist immer das Formular „Erstattungsantrag“ abzufotografieren und mitzusenden. Die Frage 2 des **Formulars** „Erstattungsantrag“ ist **immer** in allen Punkten auszufüllen.



Satzung
§ 29
Abs. 11 - 13
S 4

„Informa-
tionen zu
Unfällen und
Verletzungen“

Tarif

Hinweise zur **außerklinische Intensivpflege (AKI)**

- **Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege (AKI)** nach § 37c SGB V sind zuschussfähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht.



Sie kann an folgenden Orten durchgeführt werden:

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbringen,
 2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI,
 3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132I Absatz 5 Nummer 1 SGB V oder
 4. im Haushalt der oder des Versicherten oder in dem Haushalt der Familie der oder des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, in Kindertagesstätten und in Werkstätten für behinderte Menschen.
- Der Bedarf wird durch eine ärztliche Verordnung nachgewiesen, aus deren Angaben
 - der Ort, die Dauer und der notwendige Umfang der medizinischen Behandlungspflege und
 - der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege und
 - insbesondere der Bedarf zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes hervorgeht.

- Leistungen der Pflegepflichtversicherung sowie Aufwendungen aus der Behandlungspflege nach TS 5.6-5.8.1 sind neben Leistungen der AKI nicht zulässig.
- 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 Krankenversicherungen abgerechnet werden.

Hinweise zur ambulanten ärztlichen Behandlung

- Die KVB hat für Mitglieder der **Beitragsklassen I - III** mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen Vertrag abgeschlossen. An diesem Vertrag nehmen die Ärzte teil, die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind, sog. „Kassenärzte“. Kernpunkte des Vertrages sind:
 - eine besondere Regelung des ärztlichen Honorars durch Begrenzung bestimmter Gebührensätze der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) sowie
 - ein verlängertes Zahlungsziel von 6 Wochen.
- Für Versicherte der **Beitragsklasse IV** richtet sich die Höhe des ärztlichen Honorars nach den Honorarbestimmungen der GOÄ.
- Um die Einhaltung bestehender Verträge zu sichern und um geldliche Nachteile zu vermeiden, sind alle Versicherten der KVB verpflichtet, sich vor Beginn einer Behandlung durch **Vorzeigen des Mitgliedsausweises/Versichertenausweises**



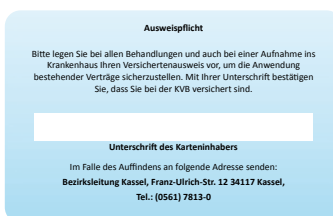
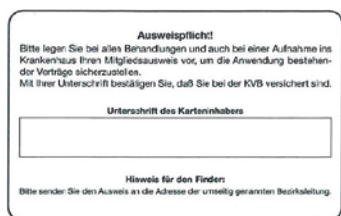
Tarifstellen 1.10, 2.1 bis 2.4 sowie 2.6

T 2.1 „Informationen zur Bezuschussung ambulanter ärztlicher Behandlung“

und T 2.2 „Informationen Schutzimpfungen“

T 2.3 „Informationen zu Psychotherapie“

T 2.4 „Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen“



weises beim Arzt auszuweisen. Der Mitgliedsausweis/Versicherten ausweis enthält die Angabe der Beitragsklasse.

- **Leistungen, die über das Maß der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen** und/oder auf Verlangen des Patienten erbracht werden, sind nicht zuschussfähig.
- Nicht bezuschusst werden Aufwendungen für **wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren**. Dies ist unabhängig von deren Nennung in der Ausschlussliste der KVB.
- **Rechnungen von Heilpraktikern und vom Heilpraktiker verordnete Arznei-/Verbandmittel** sind nicht zuschussfähig.
- Die Aufwendungen für **Maßnahmen zur Früherkennung** von Krankheiten sind nach den Bestimmungen der TS 2.6 zuschussfähig.
- Nach TS 2.2 werden Aufwendungen für **Schutzimpfungen** gemäß den Bestimmungen des aktuellen Epidemiologischen Bulletins der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bezuschusst.
- **Impfungen aus Anlass privater Reisen** in Gebiete außerhalb der Europäischen Union, über die für den Aufenthalt innerhalb der EU vorgesehenen hinaus, sind nicht zuschussfähig.
- Aufwendungen für die **verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen** sind nach den Bestimmungen der TS 2.3 zuschussfähig.



Hinweise zu **Arzneimitteln mit Festbetrag** und zu **zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln**



Foto © PhotoSG – stock.adobe.com

- **Arzneimittel mit Festbetrag** sind nur bis zur Höhe des Festbetrages zuschussfähig.
Nur bei Nachweis, dass eine Versorgung mit einem Arzneimittel zum Festbetrag nicht möglich war oder das Präparat gemäß Anlage VII, Teil B, der Arzneimittel-Richtlinie vom Austausch ausgeschlossen ist, kann eine Bezuschussung im Einzelfall über den Festbetrag hinaus erfolgen.
- **Zur Vermeidung von Eigenbehalten ist es wichtig, Ihren Arzt bzw. Apotheker auf diese Tarifbestimmung hinzuweisen.**
- Die Festbeträge können sich jederzeit ändern. Es können auch zu jeder Zeit von den zuständigen Institutionen Festbeträge für Arzneimittel neu festgesetzt werden, die bislang ohne Festbetrag erhältlich waren.
- Bei einem **zuzahlungsbefreiten Arzneimittel** entfällt der Abzug des Eigenanteils nach TS 1.20.



Tarifstelle 4.1

T 4.2

„Informationen zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln“

Hinweise zu **Arzneimitteln** und **Medizinprodukten**

- Die **Zuschussfähigkeit von Arzneimitteln** richtet sich grundsätzlich danach, ob es sich um verschreibungspflichtige, nicht verschreibungspflichtige oder um nicht apothekenpflichtige Arzneimittel handelt.
- **Nicht apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** sind generell von der Versorgung ausgeschlossen und können ausnahmslos nicht mehr bezuschusst werden.
- **Verschreibungspflichtige Arzneimittel** werden grundsätzlich bezuschusst. Bitte beachten Sie aber die Regelung zu Festbeträgen und die tariflichen Ausschlüsse gemäß der Arzneimittelrichtlinie § 13 bzw. der Anlagen II und III.
- **Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** sind grundsätzlich von der Bezuschussung ausgeschlossen. Ausnahmen sind:
 - Verordnungen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bzw. für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern eine Entwicklungsstörung vorliegt. Ausgenommen sind Präparate nach Anlage III Nr. 19 der Arzneimittelrichtlinie.
 - Eine Ausnahmeregelung nach Anlage I der Arzneimittelrichtlinie.
 - Der Verbrauch während einer ambulanten Behandlung bzw. für diagnostische Zwecke und Untersuchungen mit Abrechnung als Auslage des Arztes oder bei Selbstbeschaffung auf Grund einer zugehörigen ärztlichen Verordnung;
 - Im Rahmen der besonderen Härtefallregelung.

- **Medizinprodukte** (Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen) sind generell nur zuschussfähig, wenn sie in der Anlage V zur Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) aufgeführt sind und die dort genannten Voraussetzungen („medizinisch notwendige Fälle“) erfüllt sind. Erforderlich sind die Angabe der Diagnose und der Verwendungszweck.
- Aufwendungen für gesondert ausgewiesene Versandkosten, ausgenommen Botendienstzuschläge für verschreibungspflichtige Arzneimittel, sind nicht zuschussfähig.
- Auf **Rezepten** müssen von der abgebenden Apotheke gemäß § 4 AMRabattG (Gesetz über Rabatte für Arzneimittel) das Apothekenkennzeichen (IK-Nummer), das Abgabedatum, die Pharmazentralnummer (PZN) und der Abgabepreis in maschinenlesbarer Form übertragen sein, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden. Für im Inland bezogene Rezepte ohne die vorgenannten Angaben oder mit handschriftlicher Taxierung besteht kein Anspruch auf eine Bezuschussung!
- Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen **ärztlichen Wiederholungsvermerk** (z. B. repetatur) erneut beschafft worden sind, sind nicht zuschussfähig. Beachten Sie bitte hierzu die besondere Regelung nach TS 4.5.



Hinweise zu **Behandlungen** im **Ausland**

- **Ärztliche Leistungen** werden im Ausland zum Teil auf wesentlich höherem Preisniveau abgerechnet. Daher empfiehlt es sich, bei Auslandsreisen eine zusätzliche **Auslandsreise-krankenversicherung** abzuschließen.
- Aufwendungen für Leistungen in einem **Mitgliedsstaat der EU** werden wie im Inland entstandene Aufwendungen behandelt. Es wird kein Kostenvergleich durchgeführt (ausgenommen geplanter stationärer Aufenthalt in einer Privatklinik).
- Das Vereinigte Königreich (Großbritannien/Nordirland) hat die EU zum 01.02.2020 verlassen und die vertragliche Übergangsphase ist zum 31.12.2020 ausgelaufen. Ab 01.01.2021 können dort entstehende Aufwendungen nur noch als Leistungen außerhalb der EU bezuschusst werden.
- Aufwendungen für Leistungen **außerhalb der EU** sind zuschussfähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und zuschussfähig wären (kein Kostenvergleich bei Arzt-/ Zahnarztrechnungen bis 1.000 € oder Notfallversorgung im nächstgelegenen Krankenhaus).
- **Fahrtkosten** werden bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen nur zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstätte und zurück nach den Bestimmungen der TS 1.17 bezuschusst (siehe auch Hinweise zu Fahrtkosten). Kosten für den Rücktransport an den Wohnort oder in ein wohnortnahes Krankenhaus sind nicht zuschussfähig.
- Die **Rechnung** sollte folgende **Angaben** enthalten:
 - Name, Vorname des Behandelten,
 - Tag, Anzahl und Art der Behandlung,
 - Diagnose sowie
 - Einzel- und Gesamtpreis.

- Zu **Rechnungen über 1.000 €**, die in ausländischer Sprache verfasst sind, ist auf Kosten des Mitglieds eine Übersetzung beizufügen.
- Aufwendungen für **Behandlungen besonderer Art** (Massagen, Bäder usw.) sind auch zuschussfähig, wenn sie von einem Arzt im Ausland schriftlich verordnet werden.
- **Kurähnliche Maßnahmen**, auch sogenannte „freie Bädereien“, können von Versicherten der KVB ohne besondere Genehmigung durchgeführt werden. Hierbei ist folgendes zu beachten:
 - Es gelten grundsätzlich die Bestimmungen der TS 5.
 - Der Leistungserbringer muss nach den ausländischen Bestimmungen qualifiziert und zur Berufsausbildung zugelassen sein (z.B. Masseur, Krankengymnast).
 - Die schriftliche ärztliche Verordnung muss Art, Zahl und Menge der notwendigen Behandlungen sowie die Diagnose enthalten.
 - Die eventuell vom Hotel erstellte Rechnung muss neben den grundsätzlichen Angaben eine Rechnungsnummer sowie einen Arztstempel und die Unterschrift des Arztes beinhalten.
 - Pauschalrechnungen, Bescheinigungen, Bestätigungen, Preislisten, Verzeichnisse oder Quittungen werden nicht anerkannt.
 - Pauschalarrangements (Kurpakete/Kurpauschalen), Fahrtkosten, Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe sind nicht zuschussfähig.



Tarifstelle 1.13

T 1.2

„Informationen zu Behandlungen im Ausland“

Hinweise zu **Eigenanteilen**

In nachfolgenden Fällen werden von den zuschussfähigen Aufwendungen Eigenanteile abgezogen:

- Jeweils 10% der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten:
 - Arznei-, Verbandmittel, Medizinprodukte, Hilfsmittel;
 - Erfolgt aufgrund einer Nichtverfügbarkeit des verordneten Arzneimittels ein Austausch gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, ist der Eigenanteil nur einmalig auf Grundlage der verordneten Packungsgröße abzuziehen. Dies gilt entsprechend bei Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung;
 - Fahrtkosten je Fahrt;
 - Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag;
 - Soziotherapie je Kalendertag;
 - 10 € je Kalendertag, max. 28 Tage im Kalenderjahr bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt, auch Übergangspflege;
 - 10% der Kosten für die ersten 28 Tage je Kalenderjahr und 10 € je Verordnung bei Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege.



Eigenanteile werden nicht abgezogen bei Aufwendungen für:

- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen bei Fahrtkosten;
- Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung;
- Harn-/Blutteststreifen sowie Arzneimittel, die von der Zuzahlung freigestellt sind;
- besondere Heilbehandlungen und Hilfsmittel, soweit Höchstbeträge festgesetzt worden sind;
- nach Überschreiten der Belastungsgrenze gemäß TS 1.21 sofern ein Antrag auf Anwendung der Härtefallregelung gestellt wurde;
- Aufwendungen von Spendern nach TS 1.27;
- Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nach TS 9 einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel;
- die erneute Verordnung von Arzneimitteln, die aufgrund eines Arzneimittelrückrufes oder Einschränkung der Verwendbarkeit erforderlich geworden ist;
- apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel, die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in Arzt-/Zahnarztrechnungen als Auslagen abgerechnet oder auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor selbst beschafft wurden.



Tarifstellen
1.20.1 und
1.20.2

T 1.4

„Informationen zur Härtefallregelung“

Hinweise zur Vorlage von Erstattungsanträgen



- Die KVB zahlt Zuschüsse nur auf Antrag.
- Leistungen werden nur gewährt, wenn sie **innerhalb eines Jahres** beantragt werden (Ausschlussfrist). Für Belege, die ab dem 01.04.2024 erstmalig zur Erstattung vorgelegt werden, gilt eine Ausschlussfrist von 3 Jahren.
- Antragsberechtigt ist nur das Mitglied oder eine vom Mitglied bevollmächtigte Person.
- Das Formular „Erstattungsantrag“ finden Sie auf unserer Internetseite www.kvb.bund.de oder erhalten Sie unentgeltlich von Ihrer Bezirksleitung bzw. als Anlage zur Erstattungsmitteilung. Alternativ können Sie für eine elektronische Antragstellung ausschließlich die „**KVB ServiceApp**“ nutzen. Beachten Sie bitte hierzu die gesonderten Veröffentlichungen auf unserer Internetseite.



Tarifstelle 1.6

T 1.1

„Informationen zur Vorlage von Erstattungsanträgen“

- Das Formular „Erstattungsantrag“ sollte deutlich lesbar ausgefüllt sein.
- Rechnungen, Rezepte und andere Belege müssen fortlaufend nummeriert werden, wenn sie mit dem Formular „Erstattungsantrag“ in Papierform über den Postweg vorgelegt werden.
- Das Formular „Erstattungsantrag“ muss eigenhändig unterschrieben werden.
- Es erfolgt keine Rücksendung von Belegen, die in Papierform vorgelegt wurden.
- Sendungen mit Nachporto werden von der KVB nicht angenommen. Achten Sie deshalb bitte auf eine ausreichende Frankierung.



- Belege, die nicht durch die KVB Krankenversorgung bearbeitet werden können, werden mit entsprechendem Hinweis zurück gesendet (Unterlagen für die Pflegeversicherung).

Hinweise zu **Fahrtkosten**

Zuschussfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

- im Zusammenhang mit einer stationären Krankenbehandlung einschließlich einer vor- und nachstationären Krankenbehandlung;
- anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus;
- anlässlich einer ambulanten Operation einschließlich der Vor- und Nachbehandlung in dem jeweiligen Behandlungsfall;
- mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird;
- im Zusammenhang mit Besuchsfahrten der Eltern zu ihrem stationär untergebrachten schwer erkrankten Kind, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind;
- zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; Gesundheitsvorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V einschl. Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes, sowie die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a SGB V ist einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen.



Zuschussfähig sind ohne ärztliche Verordnung Aufwendungen für

- Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist;



Foto © New Africa – stock.adobe.com

- notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie;
- Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Bezirksleitung der Verlegung zugestimmt hat;
- Fahrten im Zusammenhang mit einer stationären Krankbehandlung, einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung, einer ambulanten Operation oder mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder fachgerechte Lagerung erforderlich ist, **wenn** ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorliegt oder der Pflegegrad 3, 4 oder 5 nachgewiesen werden kann.

Höhe der zuschussfähigen Aufwendungen bei Benutzung eines:

- öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis der niedrigsten Beförderungsklasse;

- Taxis oder Mietwagens die Kosten bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe, jedoch nur dann, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder private Kraftfahrzeuge nicht benutzt werden können;
- privaten Kraftfahrzeugs den nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag. Das sind derzeit 0,20 € je gefahrenen Kilometer, höchstens jedoch 130 €.

Hinweis:

Zuschussfähig sind grundsätzlich nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Mitglieds oder mitversicherten Angehörigen und dem Ort der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort.

Nicht zuschussfähig sind:

- Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise;
- Fahrten zur Beschaffung von z. B. Hilfs- oder Arzneimitteln, Körperersatzstücken;
- Aufwendungen im Zusammenhang mit der Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim;
- Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten, sofern diese insgesamt nicht zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führen;
- Kosten der Beförderung anderer Personen als dem erkrankten Mitglied oder mitversicherten Angehörigen, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig.



Tarifstelle 1.17

T 1.3

„Informationen zu Fahrtkosten“

Hinweise zur Härtefallregelung

Wenn die Summe der Eigenanteile (siehe Erstattungsmitteilung) Ihre Belastungsgrenze (2% des jährlichen Einkommens des vorangegangenen Kalenderjahres; 1% für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind) überschritten hat und Sie einen Antrag auf Anwendung der Härtefallregelung nach TS 1.21 gestellt haben, werden innerhalb eines Kalenderjahres



Tarifstelle 1.21

T1.4

„Informationen zur Härtefallregelung“

- Eigenanteile nicht mehr abgezogen,
- verordnete nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel als zuschussfähig anerkannt, wenn die Aufwendungen folgende Beträge überschreiten:
 - 8 € bei Beitragsgruppen 1/51 bis 8/58 u. 68,
 - 12 € bei Beitragsgruppen 9/59 bis 12/62,
 - 16 € bei den übrigen Beitragsgruppen.

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. Ist der Ehegatte Mitglied der privaten Krankenversicherung, ist das Einkommen in die Berechnung der Belastungsgrenze einzubeziehen.



Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Anspruchsberechtigten um 15% und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag.

Hinweise zur häuslichen Krankenpflege

- Für **Behandlungspflege** (verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen) ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung für den Zeitraum der notwendigen Leistungen erforderlich.
- **Grundpflegeleistungen** sind nur zuschussfähig, wenn eine voraussichtliche Pflegebedürftigkeit wegen Krankheit von nicht länger als 6 Monaten besteht und dies vor Beginn der Pflege durch Ausstellung einer ärztlichen Verordnung mit Art, Dauer und täglichem Zeitaufwand der notwendigen Krankenpflege bescheinigt wird.
- Bei **dauernder Pflegebedürftigkeit** besteht kein Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung. Setzen Sie sich in diesem Fall zur Antragstellung rechtzeitig mit dem zuständigen Dienstleister zur Pflegepflichtversicherung (z. B. HMM), in Verbindung.
- Bei Leistungserbringung durch **professionelle Pflegedienste** werden die Kosten bis zur Höhe der Vergütungsvereinbarung für ambulante Pflege anerkannt. Sie entspricht der Höhe der gegenüber gesetzlichen Krankenkassen abrechnungsfähigen Kosten.



Tarifstellen
5.5 – 5.8.1

Hinweise zur Familien- und Haushaltshilfe

- **Voraussetzungen** für die Zuschussfähigkeit:
 - Die den Haushalt führende Person (Mitglied/mitversicherter Familienangehörige) kann wegen außerhäuslicher Unterbringung gemäß TS 11 oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen und
 - im Haushalt verbleibt mindestens ein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind unter 12 Jahren oder eine pflegebedürftige Person (Mitglied/mitversicherter Familienangehörige) und
 - es kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiter führen.
- Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind nach **ärztlicher Bescheinigung** bis zu 28 Tagen bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit zuschussfähig. Dies gilt insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung.
- Übernimmt ein **Ehegatte oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder** die Haushaltsführung, sind nur die notwendigen Fahrtkosten nach den Bestimmungen der TS 11.8 und eine Vergütung der infolge der Familien- und Haushaltshilfe/ Hauspflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte nach den Bestimmungen der TS 11.1 bzw. 11.6 zuschussfähig.



Tarifstelle 11

T 11.1

„Informationen zu den Aufwendungen für Familien-, Haushaltshilfe und Hauspflege bei Geburten“



Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

Die Zuschusshöhe beträgt hier 80 % aus dem jeweils genannten Betrag in Euro (gültig für ab dem 01.08.2024 durchgeführte Behandlungen).

Bäder

An- oder absteigendes Teilbad ¹	16,20 €
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) ¹	26,40 €
Balneo-Phototherapie	43,30 €
Bürstenmassagebad ¹	25,10 €
Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten ¹	43,30 €
Gashaltiges Bad ¹	26,10 €
Gashaltiges Bad mit Zusatz ¹	29,70 €
Hand- oder Fußbad mit Zusatz	8,80 €
Hydroelektrisches Teilbad	14,90 €
Hydroelektrisches Vollbad	29,00 €
Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) ¹	27,70 €
Naturmoor-Teilbad ¹	43,30 €
Naturmoor-Vollbad ¹	52,70 €
Radon-Bad ¹	24,40 €
Radon-Zusatz je 500.000 Millistat	4,10 €
Sandbad – Teilbad ¹	37,90 €
Sandbad – Vollbad ¹	43,30 €

Teilbad mit Zusatz ¹	17,60 €
Vollbad mit Zusatz ¹	24,40 €
Wechsel-Teilbad ¹	12,10 €
Wechsel-Vollbad ¹	17,60 €
Zusätze, je Zusatz bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern	4,10 €



Bewegungsbad

Krankengymnastik im Bewegungsbad

– als Einzelbehandlung (Richtwert ¹ 20-30 Min.)	31,80 €
– in einer Gruppe mit 2 bis 3 Pers. (Richtwert ¹ 20-30 Min.)	22,70 €
– in einer Gruppe mit 4 bis 5 Pers. (Richtwert ¹ 20-30 Min.)	15,60 €

Bewegungsübungen im Bewegungsbad

– als Einzelbehandlung (Richtwert ¹ 30 Min.)	31,20 €
– in einer Gruppe mit 2 bis 3 Pers. (Richtwert ¹ 20-30 Min.)	22,60 €
– in einer Gruppe mit 4 bis 5 Pers. (Richtwert ¹ 20-30 Min.)	15,60 €

Bewegungsübungen

Einzelbehandlung (Richtwert ¹ 10-20 Min.)	12,90 €
Gruppe mit 2 bis 5 Pers. (Richtwert ¹ 10-20 Min.)	8,00 €



Elektrotherapie/Elektrostimulation

bei Lähmungen	17,60 €
einzelner oder mehrere Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20 €
lontophorese	8,20 €

Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

Funktionsanalyse und Erstgespräch einschl. Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80 €
---	---------

Einzelbehandlung

bei motorisch-funktionellen Störungen ⁶ , Richtwert 45 Minuten	45,20 €
bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen ⁶ , Richtwert 60 Minuten	60,90 €
bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 75 Minuten	76,20 €

Als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall

bei motorisch-funktionellen Störungen ⁶ , Richtwert 120 Minuten	135,60 €
---	----------

bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen ⁶ , Richtwert 120 Minuten	182,60 €
---	----------



bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	152,40 €
---	----------

Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnde Personen)

bei motorisch-funktionellen Störungen ⁶ , Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	35,90 €
---	---------

bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen ⁶ , Richtwert 60 Minuten, je Teilnehmer	48,70 €
---	---------

bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 75 Minuten, je Teilnehmer	60,30 €
---	---------

Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)

bei motorisch-funktionellen Störungen ⁶ , Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer	16,50 €
---	---------

bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 60 Minuten, je Teilnehmer	21,40 €
---	---------

bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 105 Minuten, je Teilnehmer	39,30 €
--	---------



Hirnleistungstraining

als neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert 45 Minuten	50,10 €
als Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen Umfeld, Richtwert 120 Minuten, einmal je Behandlungsfall	152,40 €
als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmer	39,40 €
als Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen), Richtwert 60 Minuten, je Teilnehmer	21,40 €

Ernährungstherapie

Ernährungstherapeutische Anamnese, Richtwert 30 Minuten einmal je Behandlungsfall	38,70 €
Richtwert 60 Minuten einmal je Behandlungsfall	77,40 €
Berechnung und Auswertung von Ernährungs- protokollen, Richtwert 60 Minuten	63,40 €
Notwendige Abstimmung der Therapie mit 3. Partei,	63,40 €
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	38,70 €
Richtwert 60 Minuten	77,40 €
im häuslichen und sozialen Umfeld, Richtwert 60 Minuten	77,40 €
als Gruppenbehandlung, Richtwert 30 Minuten	27,10 €
Richtwert 60 Minuten	54,20 €

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)²



Richtwert 120 Min., je Behandlungstag	108,10 €
---------------------------------------	----------

Hydrotherapie

Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10 €
--	--------

Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10 €
--	--------

Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40 €
-------------------------------------	--------

Inhalationstherapie¹ – auch mittels Ultraschallvernebelung

Einzelinhalation	11,60 €
------------------	---------

Radon-Inhalation im Stollen	14,90 €
-----------------------------	---------

Radon-Inhalation mittels Hauben	18,20 €
---------------------------------	---------

Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80 €
---	--------

– bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer	7,50 €
---	--------

Kältetherapie

bei einem oder mehreren Körperteilen	12,90 €
--------------------------------------	---------



Krankengymnastik

als Atemtherapie insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen (Einzelbehandlung, Richtwert ¹ 60 Min.)	83,50 €
auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie (einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage als Einzelbehandlung, Richtwert ¹ 15-20 Min.)	27,80 €
auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung	
– (nach Vollendung des 18. Lebensjahres Richtwert ¹ 25-35 Min.)	44,20 €
– (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Richtwert ¹ 30-45 Min.)	55,20 €
bei zerebralen Dysfunktionen (Gruppe mit 2 bis 4 Pers., Richtwert ¹ 20-30 Min., je Teilnehmer)	15,60 €
Chirogymnastik – funktionelle Wirbelsäulengymnastik Einzelbehandlung (Richtwert ¹ 15-20 Min. je Teilnehmer)	19,20 €
Gerätegestützt (Richtwert ¹ 60 Min.)	52,40 €
– Max. 25 Behandlungen pro Kalenderhalbjahr	
– Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)	
Gruppe mit 2 bis 5 Pers. (Richtwert ¹ 20-30 Min. je Teilnehmer)	12,50 €
Manuelle Therapie (Richtwert ¹ 15-25 Min. je Teilnehmer)	33,40 €

Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder medizinische Trainingstherapie (MTT), (Richtwert ¹ 60 Min.)	52,40 €
– Max. 25 Behandlungen pro Kalenderhalbjahr	
– Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)	
<hr/>	
Traktionsbehandlung mit Gerät (als Einzelbehandlung; Richtwert ¹ 20 Min. je Teilnehmer)	8,80 €
<hr/>	



Massagen

Bindegewebsmassage (BGM) (Richtwert ¹ 20-30 Min.)	24,40 €
<hr/>	
Klassische Massagetherapie (KMT) (Richtwert ¹ 15-20 Min.)	20,30 €
<hr/>	
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
– Teilbehandlung (Richtwert ¹ 30 Min.)	33,80 €
– Großbehandlung (Richtwert ¹ 45 Min.)	50,60 €
– Ganzbehandlung (Richtwert ¹ 60 Min.)	67,50 €
– Kompressionsbandagierung einer Extremität (Aufwendung für das notwendige Material ist daneben zuschussfähig)	21,50 €
– mit Unterwasserdruckstrahl (Richtwert ¹ 15-20 Min.)	31,70 €
<hr/>	

Packungen

Heiße Rolle (Richtwert ¹ 10-15 Min.)	13,60 €
<hr/>	
Heublumensack, Peloidkompressen	12,10 €
– Mit Lehm, Quark o.a.	10,20 €
– ohne Folie oder Vlies	20,30 €
<hr/>	
Schwitzpackung	19,70 €
<hr/>	



Trockenpackung	4,10 €
Warmpackung mit einmal verwendbaren, natürlichen Peloiden ohne Folie oder Vlies ¹	
– Teilpackung	36,20 €
– Großpackung	47,80 €
Warmpackung mit wiederverwendbaren Materialien ¹	15,60 €
Wickel, Auflagen, Kompressen (auch mit Zusatz)	6,10 €

Physiotherapeutischer Bericht

auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50 €
--	---------

Physiotherapeutische Erstbefundung

zur Erstellung eines Behandlungsplans für Krankengymnastik oder Bewegungsübung, 1x je Behandlf.	16,50 €
---	---------

Physiotherapeutische Komplexbehandlung

in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00 €
--	---------

Podologie

Podologische Behandlung (klein) (Richtwert ¹ 35 Min.)	34,20 €
Podologische Behandlung (groß) (Richtwert ¹ 50 Min.)	49,20 €
Podologische Befundung je Behandlung	3,40 €

Erstbefundung (klein, Richtwert 20 Min.)	27,20 €
Erstbefundung (groß, 1 x je Kalenderjahr, Richtwert 45 Min.)	54,50 €
Eingangsbefundung 1 x je Leistungserbringer	21,90 €
Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordn. Person	16,40 €
Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	96,40 €
Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	52,80 €
Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30 €
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00 €
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall- Nagelkorrekturspange	52,60 €
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80 €
Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20 €





Sonstiges

Soweit Beträge aufgeführt sind, beträgt die Zuschusshöhe jeweils 80 % aus dem genannten Betrag.

Ärztlich verordneter Hausbesuch einschl. Fahrtkosten pauschal	22,40 €
--	---------

Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient zuschussfähig

Außerklinische Intensivpflege (AKI) 80 % der zuschussf. Aufwendungen	
---	--

Ambulanter Rehabilitationssport (je Übungseinheit)	8,20 €
--	--------

Behandlungspflege bei Pflege durch Pflegefachkraft/Nicht-Fachkraft: 80 % der zuschussfähigen Aufwendungen	
---	--

Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschl. Fahrtkosten, je Patient pauschal	14,70 €
---	---------

Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) bei Ergo- bzw. Er- nährungstherapie (Der Hausbesuch ist nur zuschussfähig, wenn die entsprechenden Aufwendungen für Ergo- therapie und Ernährungstherapie ohne ärztlich ver- ordneten Hausbesuch erbracht wurden.)	22,40 €
---	---------

Fahrtkosten für Ambulante Rehabilitation	10,00 €
--	---------

Funktionstraining (je Übungseinheit)	8,20 €
--------------------------------------	--------

Grundpflege/hauswirtschaftliche Versorgung: 80 % der zuschussfähigen Aufwendungen	
--	--

Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	1.774,00 €
Sonstiges:	
80 % der zuschussfähigen Aufwendungen	
Soziotherapie:	
80 % der zuschussfähigen Aufwendungen	
Tbc-Behandlung:	
100 % der zuschussfähigen Aufwendungen	
Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40 €



Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel des Leistungserbringers ist eine erneute Erstdiagnostik zuschussfähig
Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu

zwei Einheiten Diagnostik innerhalb eines Behandlungsfalls zuschussfähig – (Richtwert 60 Min.) 111,20 €

Bedarfsdiagnostik, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik innerhalb eines Behandlungsfalls zuschussfähig – (Richtwert 1 30 Min.), 55,60 €

Bericht
– an die verordnende Person 6,20 €
– auf besondere Anforderungen der verordnenden Person 111,20 €



Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-,
Sprach- und Schluckstörungen

- Richtwert 30 Minuten	49,40 €
- Richtwert 45 Minuten	68,00 €
- Richtwert 60 Minuten	86,50 €

Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-,
Sprach- und Schluckstörungen

- 2 Personen, Richtwert 45 Minuten	61,20 €
- 3 bis 5 Personen, Richtwert 45 Minuten	34,60 €
- 2 Personen, Richtwert 90 Minuten	111,20 €
- 3 bis 5 Personen, Richtwert 90 Minuten	56,10 €

Ultraschall-Wärmetherapie

13,80 €

Wärmetherapie

mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen,
Richtwert 10-20 Minuten

7,50 €

¹ Richtwert im Sinne der Leistungstafel ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

² Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als zuschussfähig anerkannt werden.

Hinweise zu Hilfsmitteln

- **Zuschussfähige Hilfsmittel** sind unter TS 7.2 aufgelistet.
- Bitte beachten Sie, dass bei verschiedenen Hilfsmitteln **Höchstbeträge** (z. B. für Hörgeräte grundsätzlich 1.500 € je Ohr) oder zusätzliche Eigenbehalte festgesetzt sind.
- Auch **Mietgebühren und Versorgungspauschalen** sind zuschussfähig, wenn sie niedriger als entsprechende Anschaffungskosten sind.
- Bei der **Anschaffung von Hilfsmitteln** (Kauf oder Miete) besteht die Möglichkeit, diese **über Vertragspartner der KVB** zu beziehen. Bitte beachten Sie hierzu die besonderen Hinweise auf der folgenden Seite.
- **Nicht zuschussfähige Hilfsmittel** sind unter TS 7.4 aufgelistet.
- Nicht zuschussfähig sind darüber hinaus z. B. auch Hilfsmittel, die nicht notwendig bzw. nicht wirtschaftlich angemessen sind oder zur allgemeinen Lebenshaltung gehören.
- Bei **Reparaturen von zuschussfähigen Hilfsmitteln** ist keine ärztliche Verordnung notwendig.
- **Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln** sind für alle Versicherten zusammen bis einschließlich 100 € vom Mitglied selbst zu tragen.
- **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)** sind zuschussfähig, sofern sie unter <https://diga.bfarm.de> aufgeführt und ärztlich verordnet sind.



Tarifstelle 7



Hinweise zur Hilfsmittelversorgung über Vertragspartner der KVB

- Bei Anschaffung bestimmter Hilfsmittel (Kauf oder Miete) über Vertragspartner der KVB sind die Preise oft günstiger, so dass der von Ihnen zu tragende tarifliche Eigenbehalt geringer ausfallen kann. Zu diesen Hilfsmitteln gehören z. B. insbesondere:
 - Badehilfen (z. B. Badewannenlifter),
 - Gehhilfen (z. B. Rollatoren),
 - Hilfsmittel gegen Dekubitus (z. B. luftgefüllte Wechseldruckmatratzen),
 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Sauerstoffkonzentratoren),
 - Kranken-/Behindertenfahrzeuge (z. B. Rollstühle) oder
 - Toilettenhilfen (z. B. Toilettensitzerhöhungen).
- Vertragspartner sind derzeit Sanitätshaus Müller Betten (SMB) und die GesundHeits GmbH Deutschland aktiv (GHD).



Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den Bezirksleitungen der KVB unter folgenden Telefonnummern:

Tarifstelle 7.9

T 71

„Informationen zu Hilfsmittelversorgung über Vertragspartner der KVB“

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

Hinweise zu kieferorthopädischer Behandlung

- Voraussetzung für die Bezuschussung einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Vorlage und Genehmigung eines Heil- und Kostenplans vor Beginn der Behandlung bzw. vor einer Weiterbehandlung nach Ablauf des 4. Behandlungsjahres (ausgenommen Retention).
- Die Aufwendungen sind zuschussfähig, wenn
 - die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 - bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres
 - bei schweren Kieferanomalien, wenn eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.
 - in Ausnahmefällen nach besonderen gutachterlichen Feststellungen, die im Tarif konkretisiert sind.
Die Behandlung muss in solchen Fällen
 - ausschließlich medizinisch indiziert sein,
 - ästhetische Gründe müssen ausgeschlossen werden können und
 - es darf keine Behandlungsalternative vorhanden sein.
- Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind nur zuschussfähig in den in TS 3.4 genannten Fällen. Die Frühbehandlung 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.



Tarifstelle 3.4

Hinweise zur Krankenhausbehandlung

- Weisen Sie sich bitte bei der **Aufnahme** mit dem **Mitgliedsausweis/Versicherten ausweis** der KVB aus.
- Geben Sie bitte eventuell anderweitig bestehende Krankenversicherungen an.
- Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können von Ihnen schriftlich **Wahlleistungen** vereinbart werden, die Ihnen gesondert berechnet werden. Nach den Tarifbestimmungen können **Wahlleistung Unterkunft** (Zwei- oder Einbettzimmer) bzw. **wahlärztliche Leistungen** (sogenannte „Chefarztbehandlung“) bezuschusst werden.
 - Die Wahlleistungsvereinbarung muss vor der Erbringung der Leistung schriftlich mit dem Krankenhaus vereinbart werden.
 - Wahlleistungsvereinbarungen sind erst ab dem Tag gültig, an dem sie unterzeichnet wurden; eine Rückdatierung der Wahlleistungsvereinbarung ist unzulässig.
 - Patient und Krankenhausträger bzw. dessen Vertreter müssen die Wahlleistungsvereinbarung unterschreiben. Ist der Patient nicht in der Lage, die Unterschrift selbst zu leisten, kann er ggf. auch mündlich einen Dritten, wie z. B. eine Krankenpflegkraft, mit der Unterschrift beauftragen und diese nachträglich genehmigen. Möglich ist auch die Abgabe der entsprechenden Willenserklärung z. B. durch den Ehegatten.
 - Die Wahlleistungsvereinbarung muss der Bezirksleitung spätestens zusammen mit der ersten Rechnung (Arztrechnung bzw. Rechnung für die Unterkunft) vorgelegt werden.
 - Wahlärztliche Leistungen werden bei Unterbringung in der Regelpflegeklasse mit 100 Prozent der anerkannten Aufwendungen bezuschusst.

- **Wahlärztliche Leistungen** werden bei gleichzeitig gewählter **Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer** nur mit 80 Prozent der anerkannten Aufwendungen bezuschusst.
- **Behandlungen in Privatkliniken**
Wichtig: Da es bei solchen Behandlungen für Sie zu erheblichen Eigenbehalten kommen kann, sollte der Bezirksleitung **vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag** der Klinik zur Prüfung der Zuschussfähigkeit eingereicht werden!
- Krankenhäuser, die nicht dem KHEntgG oder der BPfIV unterliegen (**Privatkliniken**), können ihre Entgelte mit Ihnen völlig frei vereinbaren.

Die entstehenden Aufwendungen können jedoch nur tarifgemäß bezuschusst werden, wenn die Abrechnung auf der Grundlage

- des Fallpauschalenkatalogs oder
- des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) erfolgt.

- Zu den Details beachten Sie bitte unbedingt die TS 8.2 Nrn. 1 und 2 oder informieren Sie sich bei Ihrer Bezirksleitung.

Daneben sind gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen zuschussfähig, sofern die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte erfolgt.

- **Gesondert berechnete Wahlleistungen für die Unterkunft werden sowohl für Ein- als auch für Zweibettzimmer nur noch mit 80 % von 51,79 € täglich (= 41,43 € täglich, Stand 01.08.2024).**
- Wenn die **Privatklinik zur Notfallversorgung** als nächstgelegenes Krankenhaus aufgesucht werden musste, sind die Aufwendungen ohne die vorgenannten Begrenzungen zuschussfähig.



Tarifstellen
8.1, 8.2
sowie 8.6

T 8.1

„Informa-
tionen zur
Krankenhaus-
behandlung“



Hinweise zu Leistungen bei der **Palliativversorgung**



Tarifstellen
1.23 und 1.24

T 1.5

„Informa-
tionen zu
Leistungen
bei Palliativ-
versorgung“



- Aufwendungen für eine **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** sind zuschussfähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Aufwendungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) sind nicht neben den Aufwendungen der SAPV zuschussfähig.
- Aufwendungen einer **stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen** sind zuschussfähig, wenn eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Eine ärztliche Bescheinigung ist erforderlich.
- Bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen (Anerkennung mindestens Pflegegrad 2 können von der Pflegeversicherung ebenfalls Leistungen erbracht werden.

Ist hier derzeit noch die Abteilung Krankenversorgung der KVB vorrangig leistungspflichtig, so ändert sich dies mit Übergang der Leistungen aus der GPV auf den neuen Dienstleister mit Wirkung vom 01.01.2025. Ab diesem Zeitpunkt sind die Leistungen vorrangig bei der privaten Pflegeversicherung zu beantragen.

Hinweise zu **Rehabilitationssport** und **Funktionstraining**



Abbildung © Kzenon, Andrey Popov – stock.adobe.com



- Aufwendungen werden nur bezuschusst, wenn die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wird, die eine Rahmenvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat.
- Kosten für den Besuch eines Fitness-Studios, allgemeine Fitnessübungen, Beiträge, Kursgebühren sowie Eintrittsentgelte für Frei- und Hallenbäder (auch Thermal- oder Mineralbäder) sind nicht zuschussfähig.



Tarifstelle 5.13

T 5.1

„**Informationen zu ambulantem Rehabilitationssport**“

Hinweise zu Sehhilfen

- Bei der **erstmaligen Beschaffung von Sehhilfen** ist die Vorlage einer ärztlichen Verordnung zwingend erforderlich.
- Eine **erneute (Ersatz-)Beschaffung** von Sehbrillen und Kontaktlinsen ist nach Ablauf von drei Jahren bei gleichbleibender Sehschärfe auch ohne Verordnung möglich.
- **Vorzeitig, also vor Ablauf von 3 Jahren**, kann eine weitere Bezuschussung nur erfolgen, wenn sich die Sehschärfe verändert hat, die bisherige Brille defekt ist oder wenn sich die Kopfform geändert hat. Auch hier ist keine erneute Verordnung erforderlich.
- Für die Anschaffung von „**Vergrößernden Sehhilfen**“ und „**Therapeutischen Sehhilfen**“ ist die Vorlage einer Verordnung bei jedem Bezug erforderlich.
- **Reparaturkosten** für das Gestell können gemäß Leistungstafel bezuschusst werden.
- **Mehraufwendungen für besondere Gläser** können nur bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Tarif bezuschusst werden.
- **Arbeitsplatzbrillen** werden nicht bezuschusst. Hier ist der Arbeitgeber leistungspflichtig.



Tarifstelle 6

Hinweise zu Sterbegeld

- Beim Tod des Mitglieds, des mitversicherten Ehegatten, des mitversicherten Kindes und bei Totgeburten wird Sterbegeld als Pauschalbetrag zu den Bestattungskosten gezahlt.
- Das **Sterbegeld** beträgt beim Tode:
 - des Mitglieds oder des mitversicherten Ehegatten **223 €**
 - von mitversicherten Kindern und bei Totgeburten **149 €**
- **Überführungskosten** sind zuschussfähig:
 - Wenn die Leiche oder Urne von einer Gemeinde in eine andere Gemeinde überführt wird (Ortswechsel), jedoch nur bis zur Höhe einer Überführung an den Familienwohnsitz.
 - Bei Tod eines Mitglieds oder mitversicherten Angehörigen mit privatem Wohnsitz oder bei privatem Aufenthalt im Ausland bis zu einer Entfernung von höchstens 700 km.
- Kosten für **Überführungen innerhalb der Gemeinde**, etwa vom Sterbehaus zum Friedhof oder zur Leichenhalle, sind nicht zuschussfähig.
- **Hinterbliebene Ehegatten, leibliche Kinder, Adoptivkinder, Nachlasspfleger** müssen mit Erstattungsantrag oder per „**KVB ServiceApp**“ die Sterbeurkunde und ggf. eine Rechnung über Überführungskosten vorlegen.
- **Andere – natürliche oder juristische – Personen** (z. B. Verwandte, Lebensgefährten, Enkelkinder oder Betreuer) müssen auch Rechnungen aus Anlass der Bestattung und einen Nachweis der Bezahlung vorlegen.



Tarifstelle 10

T 10.1

„Informa-
tionen zu
Sterbegeld“

Hinweise zur **Übergangspflege** im Krankenhaus

- Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde die Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V) als neue Leistung der GKV eingeführt.
- Mit Übernahme entsprechender Regelungen in das Beihilferecht des Bundes hat auch die KVB zum 01.04.22 ihren Tarif, Tarifstelle 8.8, um diese Leistung ergänzt.
- Im Rahmen der Bestimmungen zur Übergangspflege im Krankenhaus besteht ein Anspruch für **längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung**,
 - wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können;
 - sie in dem Krankenhaus stattfindet, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgt ist.
- Die Übergangspflege umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

- **Aufwendungen für Wahlleistungen, wie beispielsweise eine gesondert berechnete Unterkunft, sind im Rahmen der Übergangspflege im Krankenhaus nicht zuschussfähig.**
- Bitte beachten Sie, dass das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren ist.
- **Zur Vermeidung von Eigenbehalten sollten Sie sich vor Inanspruchnahme der Übergangspflege beim Krankenhaus rückversichern, dass die Kostenübernahme durch die KVB sichergestellt wurde.**

Hinweise zu Zahnbehandlungen / Zahnersatz

- Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind wie folgt zuschussfähig:
 - für höchstens zwei Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate;
 - für höchstens vier Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate – bei implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer, maßgeblich hierzu ist der Zeitpunkt der Fixierung der Prothese;
 - ohne Beschränkung der Anzahl bei bestimmten Diagnosen (s. TS 3.6 lfd. Nr. 3).
- Von diesen Beschränkungen unberührt ist die tarifgemäße Bezuschussung der auf den Implantaten eingebrachten Suprakonstruktionen (z.B. Kronen, Brücken).
- Die KVB empfiehlt bei einer **Zahnbehandlung mit mehr als zwei Implantaten** je Kiefer (einschließlich vorhandener Implantate) die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Beginn der Behandlung zur Ermittlung des tarifgemäßen Zuschusses.



Tarifstelle 3

Informations- blatt T 3.1

„Informationen zu Zahn- und Mundbehandlung; Zahnersatz“

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass ausschließlich die aktuellen Bestimmungen aus Satzung und Tarif rechtlich verbindlich bleiben. Sollten sich hierbei Änderungen ergeben, erhalten Sie, wie auch in der Vergangenheit, eine schriftliche Mitteilung per Post.

Die aktualisierten Fassungen sind als PDF-Dokumente über den Download im Internet (www.kvb.bund.de) unter Krankenversorgung aufzurufen bzw. herunterzuladen. Hierfür ist kein Zugangscode erforderlich. Bestellungen können unter Verwendung des Zugangscode auf unserer hierfür eingerichteten Internetseite getätigt werden.

Durch die Anmeldung zum Newsletter im Internet (www.kvb.bund.de) unter Service – Newsletter mit dem Formular Anmeldeformular werden Sie über alle Veröffentlichungen informiert.

Raum für
Ihre **Notizen**

Herausgeber

Krankenversorgung
der Bundesbahnbeamten
Hauptverwaltung
Salvador-Allende-Straße 7
60487 Frankfurt am Main

Telefon (0 69) 2 47 03-0
Telefax (0 69) 2 47 03-199

www.kvb.bund.de

Gestaltung

büro bockenheim,
agentur für konzeptionelles design,
Hattersheim am Main

Abbildungen

stock.adobe.com, KVB

Illustration

Ina Wagner,
Frankfurt am Main

Druck

Bonifatius Druck
Druck, Buch, Verlag,
Paderborn

