

KURZWEGWEISER

*TARIF
LEISTUNGEN*

DER



Schriftenreihe der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Ausgabe 01/2019

© KVB - Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
Erscheinungsjahr / Stand: 01.01.2019

Idee / Konzept / Redaktion:
Manfred Flinterhoff, KVB - Hauptverwaltung, Frankfurt am Main

Lektorat / Gestaltung:
Petra Pfeifer - Die Auftragsschreiberin, Bad Homburg

Grußwort	5
Satzung	
Hinweise zur Doppelversicherung	7
Mitversicherung von studierenden Kindern	8
Unfälle und Verletzungen	9
Tarif	
Ambulante ärztliche Behandlung	15
Arzneimittel mit Festbetrag und zuzahlungsbefreit	19
Arzneimittel und Medizinprodukte	20
Beförderungskosten	11
Behandlungen im Ausland	43
Eigenanteile	13
Erstattungsanträge	42
Funktionstraining	34
Härtefallregelung	14
Häusliche Krankenpflege	33
Haushaltshilfe	41
Heilbehandlungen besonderer Art	22
Hilfsmittel	36
Hilfsmittelversorgung über Vertragspartner der KVB	37
Kieferorthopädische Behandlung	18
Krankenhausbehandlung	38
Leistungen nach Tarifstelle 5	23
Medizinprodukte	20
Palliativversorgung	10
Rehabilitationssport	34
Sehhilfen	35
Sterbegeld	40
Zahnbehandlungen/Zahnersatz	17

Liebe KVB-Mitglieder,
sehr geehrte Damen und Herren,

wie in den vergangenen Jahren möchten wir Ihnen mit diesem Kurzwegweiser einen Überblick über die wichtigen Sachverhalte der geltenden Satzungs- und Tarifregelungen geben. Gleichzeitig halten Sie mit dieser Broschüre einen Teil unserer Kommunikationsstrategie in Händen, mittels derer wir Sie fortan mehr und vor allem besser über die KVB informieren möchten.

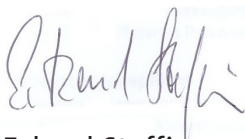
Im vergangenen Jahr haben wir unseren Internet-Auftritt erheblich ausgebaut und veröffentlichen dort in regelmäßigen Abständen Beiträge über wichtige Themen, die die KVB betreffen.

Im elektronischen Bereich arbeiten wir aktuell an weiteren Möglichkeiten, Ihre Anträge einzureichen. Selbstverständlich bleibt der Postweg weiterhin bestehen.

Gleiches gilt für Broschüren wie diesen Kurzwegweiser. Diese können Sie auf unserer Homepage herunterladen, aber natürlich auch in Papierform bei uns bestellen. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf der letzten Seite dieses Hefts.

Wir hoffen, dass wir Ihnen auf diese Weise die Zusammenarbeit mit Ihrer KVB vereinfachen.

Ihr



Eckard Steffin

Hauptgeschäftsführer der KVB



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 aus dem Jahr 2018. Diese sind im daneben stehenden Text unterstrichen hervorgehoben.

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 im Erstattungsantrag 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 GKV sind grundsätzlich die Leistungen der anderen Krankenversicherung zuerst in Anspruch zu nehmen (ausgenommen Mitglieder nach § 34 Abs. 5 der Satzung).
- Mitversicherten Kindern, die selbst Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung 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**
- **S1 „Informationen zur Doppelversicherung“**

Mitversicherung von studierenden Kindern

- Gemäß § 5 Abs. 9 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 des gesetzlichen Wehr- und Zivildienstes 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*
- *S2 „Informationen zur Mitversicherung von Kindern während des Studiums“*

- Ein **Unfall** ist jedes auf den Körper einwirkende Ereignis, das zu einer Verletzung führt.
- **Jeder Unfall**, unabhängig davon ob 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.
- Den Vordruck **Unfallfragebogen** erhalten Sie bei der KVB oder im Internet unter <http://www.kvb.bund.de>.
- **Unfallbedingte Rechnungen** sind besonders zu kennzeichnen und mit einem Erstattungsantrag einzureichen. Die Frage 2 des Erstattungsantrages ist dabei in allen Punkten auszufüllen.



- *Satzung § 29 Abs. 11 - 13*
- *S4 „Informationen zu Unfällen und Verletzungen“*

Hinweise zu Leistungen bei der Palliativversorgung

- 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.
- 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 Abteilung Pflegeversicherung der KVB ebenfalls Leistungen erbracht werden.

Die Abteilung Krankenversorgung der KVB ist jedoch vorrangig leistungspflichtig. Deshalb sind die Erstattungsanträge zunächst an die Abteilung Krankenversorgung der zuständigen KVB-Bezirksleitung zu senden.



- *Tarifstellen 1.23 und 1.24*
- *T1.5 „Informationen zu Leistungen bei Palliativversorgung“*

Die Bezuschussung von Beförderungskosten erfolgt in Anlehnung an die „Krankentransport-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zuschussfähig sind Aufwendungen:

- für Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist;
- für ärztlich verordnete Fahrten
 - im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen;
 - zur ambulanten Operation, einschließlich der Vor- und Nachbehandlung in dem jeweiligen Behandlungsfall;
 - zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie/parenteralen onkologischen Chemotherapie;
 - anlässlich einer Verlegung in ein anderes oder wohnortnahes Krankenhaus, wenn diese Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist;
 - anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn diese Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist;
 - anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann;
 - anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorliegt oder der Pflegegrad 3, 4 oder 5 nachgewiesen werden kann;
- für einen Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens erforderlich ist;

- für die Benutzung eines Taxis oder Mietwagens notwendige Kosten, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder private Kraftfahrzeuge nicht benutzt werden können;
- für Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten, wenn das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt;
- für Besuchsfahrten eines Elternteils zum Besuch eines stationär untergebrachten Kindes, wenn diese wegen des Alters und aufgrund der Schwere der Erkrankung des Kindes aus medizinischen Gründen erforderlich sind.

Nicht zuschussfähig sind:

- Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise;
- Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist;
- Fahrten zur Beschaffung von z.B. Hilfs- oder Heilmitteln, Arzneimitteln;
- Aufwendungen im Zusammenhang mit der Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim.
- Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs sind die Beförderungskosten in entsprechender Anwendung gemäß § 5 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz zuschussfähig. Das sind derzeit 0,20 € je gefahrenen Kilometer.



- *Tarifstelle 1.17*
- *T1.3 „Informationen zu Beförderungskosten“*

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;
 - Beförderungskosten je Fahrt;
 - Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag;
 - Soziotherapie je Kalendertag;
 - 10 € je Kalendertag, max. 28 Tage im Kalenderjahr;
 - Vollstationärer Krankenhausaufenthalt;
 - 10% der Kosten für die ersten 28 Tage je Kalenderjahr und 10 € je Verordnung;
 - Häusliche Krankenpflege.
- Eigenanteile werden nicht abgezogen bei Aufwendungen für:
 - Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen bei Beförderungskosten;
 - Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung;
 - Harn-/Blutteststreifen sowie Arzneimittel, die von der Zuzahlung freigestellt sind;
 - Arznei-/Verbandmittel in Arzt-/Zahnarztrechnungen;
 - 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.



- *Tarifstellen 1.20.1 und 1.20.2*
- *T1.4 „Informationen zur Härtefallregelung“*

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

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



- *Tarifstelle 1.21*
- *T1.4 „Informationen zur Härtefallregelung“*

- 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** beim Arzt auszuweisen. Der Mitgliedsausweis 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 erstattungsfähig.
- 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 erstattungsfähig.

- Die Aufwendungen für **Maßnahmen zur Früherkennung** von Krankheiten sind nach den Bestimmungen der Tarifstelle (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.



- *Tarifstellen 1.10, 2.2 sowie 2.6*
- *T2.1 „Informationen zur Bezuschussung ambulanter ärztlicher Behandlung“ und*
- *T2.2 „Informationen zu Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen; Schutzimpfungen“*

- 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*
- *Informationsblatt T3.1 „Informationen zu Zahn- und Mundbehandlung; Zahnersatz“*

Hinweise zur kieferorthopädischer Behandlung

- Voraussetzung für die Zuschussung 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
 - 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 zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zu zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln

- **Arzneimittel mit Festbetrag** sind nur bis zur Höhe des Festbetrages zuschussfähig.
- 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 Tarifstelle 1.20.



- *Tarifstelle 4.1*
- *T4.2 „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.
 - 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 noch 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 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 Auslandgekauft 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 Tarifstelle 4.5.



- *Tarifstelle 4*
- *T4.1 „Informationen zu Arznei-Verbandmitteln und Medizinprodukten“*

Hinweise zu Heilbehandlungen besonderer Art

-  Behandlungen besonderer Art umfassen die Anwendung von Heilmitteln, häusliche Krankenpflege und Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, ambulante Rehabilitation und Soziotherapie.
- Mit der Rechnung ist eine **ärztliche Verordnung** über Art und Anzahl der notwendigen Behandlungen sowie der Angabe der Diagnose vorzulegen.
-  Bezuschusst werden nur Leistungen, die von Leistungserbringern für Heilmittel erbracht werden.
- **Heilbehandlungen besonderer Art** sind nur im Rahmen der tariflichen Höchstbeträge zuschussfähig.
- Die Bezuschussung für **gerätegestützte Krankengymnastik (KGG)**, **medizinisches Aufbautraining (MAT)** und **medizinische Trainingstherapie (MTT)** ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.



- *Tarifstelle 5*
- *Die nachfolgende Übersicht über die gültigen Höchstbeträge*

Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

Die Zuschusshöhe beträgt hier 80 % aus dem jeweils genannten Betrag in Euro (gültig für ab dem 01.01.2019 durchgeführte Behandlungen).

Bäder

• An- oder absteigendes Teilbad ¹⁾	16,20 €
• An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) ¹⁾	26,40 €
• Balneo-Phototherapie	43,30 €
• Bürstenmassagabad ¹⁾	25,10 €
• Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten ¹⁾	43,30 €
• Gashaltiges Bad ¹⁾	25,70 €
• 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 Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern	4,10 €

Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

Bewegungsbad

- Einzelbehandlung (Richtwert ¹⁾ 30 Min.) 31,20 €
- Gruppe mit 2 bis 3 Pers. (Richtwert ¹⁾ 30 Min.) 19,50 €
- Gruppe mit 4 bis 5 Pers. (Richtwert ¹⁾ 30 Min.) 15,60 €

Bewegungsübungen

- Einzelbehandlung (Richtwert ¹⁾ 20 Min.) 10,20 €
- Gruppe mit 2 bis 5 Pers. (Richtwert ¹⁾ 20 Min.) 6,60 €

Elektrotherapie/Elektrostimulation

- bei Lähmungen 15,60 €
- einzelner oder mehrere Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen 8,20 €
- Iontophorese 8,20 €

Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

Funktionsanalyse und Erstgespräch einmal je
Behandlungsfall 41,80 €

Einzelbehandlung

- Als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall
 - bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit
 - Bei motorisch-funktionellen Störungen 40,70 €
 - Bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen 54,40 €
 - bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen 67,70 €
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten 41,80 €

Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) - Fortsetzung

- bei psychisch-funktionellen Störungen,
Richtwert 60 Minuten 72,30 €
- bei psychisch-funktionellen Störungen
als Belastungserprobung, Richtwert 120 Minuten 128,20 €
- bei sensomotorischen / perzeptiven Störungen,
Richtwert 45 Minuten 54,80 €

Gruppenbehandlung

- bei motorisch-funktionellen Störungen,
Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmer 16,00 €
- bei psychisch-funktionellen Störungen,
Richtwert 90 Minuten, je Teilnehmer 37,90 €
- bei psychisch-funktionellen Störungen als
Belastungserprobung,
Richtwert 180 Minuten, je Teilnehmer 70,20 €
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen,
Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer 20,60 €

Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch
orientierte Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten 46,20 €

Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung,
Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmer 20,60 €

Ernährungstherapie

Erstgespräch mit Behandlungsplanung,
Richtwert 60 Minuten 66,00 €

Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten
(max. 12 Behandlungen/Jahr) 33,00 €

Gruppenbehandlung, Richtwert 30 Minuten
(max. 12 Behandlungen/Jahr) 11,00 €

Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

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 €

Inhalationstherapie ¹⁾ - auch mittels Ultraschallvernebelung

Einzelinhalation 8,80 €
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 bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen
(Einzelbehandlung, Richtwert¹⁾ 60 Min.) 71,40 €

auch auf neurophysiologischer Grundlage,
Atemtherapie (einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage als Einzelbehandlung, Richtwert¹⁾ 20 Min.) 25,70 €

auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung

- (nach Vollendung des 18. Lebensj. Richtwert¹⁾ 30 Min.) 33,80 €
- (bis zur Vollendung des 18. Lebensj. Richtwert¹⁾ 45 Min.) 45,30 €

Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

Krankengymnastik - Fortsetzung

bei zerebralen Dysfunktionen (Gruppe mit
2 bis 4 Pers., Richtwert¹⁾ 45 Min., je Teilnehmer) 14,30 €

Chirogymnastik – funktionelle Wirbelsäulengymnastik
(Richtwert¹⁾ 20 Min. je Teilnehmer) 19,00 €

Gerätegestützt (Richtwert¹⁾ 60 Min.) 46,20 €

- Max. 25 Behandlungen pro Kalenderhalbjahr
- Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)

Gruppe mit 2 bis 5 Pers. (Richtwert¹⁾ 25 Min. je Teilnehmer) 8,20 €

Manuelle Therapie (Richtwert¹⁾ 30 Min. je Teilnehmer) 29,70 €

**Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder medizinische
Trainingstherapie (MTT), (Richtwert¹⁾ 60 Min.)** 46,20 €

- Max. 25 Behandlungen pro Kalenderhalbjahr
- Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)

Traktionsbehandlung mit Gerät (als Einzelbehandlung;
Richtwert¹⁾ 20 Min. je Teilnehmer) 8,80 €

Massagen

Bindegewebssmassage (BGM) (Richtwert¹⁾ 30 Min.) 18,20 €

Klassische Massagetherapie (KMT) (Richtwert¹⁾ 20 Min.) 18,20 €

Manuelle Lymphdrainage (MLD)

- Teilbehandlung (Richtwert¹⁾ 30 Min.) 25,70 €
- **Großbehandlung (Richtwert¹⁾ 45 Min.)** 38,50 €
- Ganzbehandlung (Richtwert¹⁾ 60 Min.) 58,30 €
- **Kompressionsbandagierung einer Extremität**
(Aufwendung für das notwendige Material ist daneben
erstattungsfähig) 12,40 €
- mit Unterwasserdruckstrahl (Richtwert¹⁾ 20 Min.) 30,50 €

Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

Packungen

Heiße Rolle ¹⁾	13,60 €
Heublumensack, Peloidkompressen	12,10 €
Kaltpackung (Teilpackung)	
• Mit Lehm, Quark o.a.	10,20 €
• Mit einmal verwendbaren Peloiden ohne Folie oder Vlies	20,30 €
Schwitzpackung	19,70 €
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 €

Physiotherapeutische Erstbefundung

(zur Erstellung eines Behandlungsplans für Krankengymnastik oder Bewegungsübung)	16,50 €
---	---------

Physiotherapeutische Komplexbehandlung

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

Podologie

Hornhautabtragung	
• an einem Fuß	18,90 €
• an beiden Füßen	26,70 €
Nagelbearbeitung	
• an einem Fuß	18,90 €
• an beiden Füßen	25,10 €

Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

Podologie - Fortsetzung

Podologische Komplexbehandlung

- an einem Fuß 26,70 €
- an beiden Füßen 41,60 €

Erstversorgung mit Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen 194,60 €

Regulierung der Orthonyxiespange, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen 37,40 €

Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange bei vorhandenem Modell, einteilig, einschließlich Applikation 64,80 €

Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen 74,80 €

Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen 37,40 €

Sonstiges

Ärztlich verordneter Hausbesuch 12,10 €

Ambulanter Rehabilitationssport (je Übungseinheit) 80 % aus höchstens 8,20 €

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

Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person bei ärztlich verordnetem Hausbesuch, je km (bei Besuch mehrerer Patienten auf demselben Weg nur anteilig ansetzbar) 0,30 €

Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

Sonstiges - Fortsetzung

Funktionstraining (je Übungseinheit)	80 % aus höchstens 8,20 €
Grundpflege/hauswirtschaftliche Versorgung	80 % der zuschussfähigen Aufwendungen
Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	80 % aus höchstens 1.612,00 €
Sonstiges	80 % der zuschussfähigen Aufwendungen
Soziotherapie	80 % der zuschussfähigen Aufwendungen
Tbc-Behandlung	100 % der zuschussfähigen Aufwendungen

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Erstbefundung zur Erstellung eines
Behandlungsplans 108,00 €

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

- Richtwert 30 Minuten 41,80 €
- Richtwert 45 Minuten 59,00 €
- Richtwert 60 Minuten 68,90 €
- Richtwert 90 Minuten 103,40 €

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

- 2 Personen, Richtwert 45 Minuten 50,40 €
- 3 bis 5 Personen, Richtwert 45 Minuten 34,60 €
- 2 Personen, Richtwert 90 Minuten 67,60 €
- 3 bis 5 Personen, Richtwert 90 Minuten 56,10 €

Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.

Höchstbeträge für Leistungen nach Tarifstelle 5

Ultraschall-Wärmetherapie

11,90 €

Wärmetherapie

bei einem oder mehreren Körperteilen,
Richtwert 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.





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
Tel.: 06174/204-0 • Fax: 06174/204-509
E-Mail: info@kvb-klinik.de • www.kvb-klinik.de

- 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 der KVB, Abteilung Pflegeversicherung, 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 - 5.9*

Hinweise zu Rehabilitationssport, Funktionstraining

- 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 Fitness-Übungen, Beiträge, Kursgebühren sowie Eintrittsentgelte für Frei- und Hallenbäder (auch Thermal- oder Mineralbäder) sind nicht zuschussfähig.



- *Tarifstelle 5.13*
- *T5.1 „Informationen zu ambulantem Rehabilitationssport“*

- 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 bei Kindern 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 Hilfsmitteln

- **Erstattungsfähige Hilfsmittel** sind unter Tarifstelle 7.2 aufgelistet.
- Bitte beachten Sie, dass bei verschiedenen Hilfsmitteln **Höchstbeträge** (z.B. für Hörgeräte grundsätzlich 1.500 € je Ohr) **oder zusätzliche Eigenanteile** 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 erstattungsfähige Hilfsmittel** sind unter Tarifstelle 7.4 aufgelistet.
- Nicht erstattungsfähig 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.



- *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 Selbstbehalt 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)
 - Toilettenhilfen (z.B. Toilettensitzerhöhungen).
- Vertragspartner sind derzeit die Sanitätshäuser Medica, Müller Betten und GHD.

Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den 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



- *Tarifstelle 7.9*
- *T7.1 „Informationen zu Hilfsmittelversorgung über Vertragspartner der KVB“*

Hinweise zur Krankenhausbehandlung

- Weisen Sie sich bitte bei der **Aufnahme** mit dem **Mitgliedsausweis** 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.
- Bei Behandlung in Krankenhäusern, die nicht dem KHEntg oder der BPfLV unterliegen (**Privatkliniken**), werden Aufwendungen tarifgemäß bezuschusst bei:
 - Abrechnung mit dem Hauptabteilungspflegesatz bis zur oberen Grenze des Bundesbasisfallwertes (incl. aller sonstigen Zuschläge),
 - Abrechnung mit dem Basis-/Abteilungspflegesatz nach den zuschussfähigen Sätzen der Tarifstelle 8.2 Nr. 2.
- Daneben sind gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen erstattungsfähig, sofern die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte erfolgt.
- Gesondert berechnete Wahlleistungen für die Unterkunft werden nur bis zu den Sätzen nach Tarifstelle 8.2 Nr. 3. bezuschusst.

Wenn die **Privatklinik zur Notfallversorgung** als nächstgelegenes Krankenhaus aufgesucht werden musste, sind die Aufwendungen ohne vorgenannte Begrenzung zuschussfähig.

- **Wichtig:** Da es bei Behandlungen in Privatkliniken zu erheblichen Selbstbehalten für das Mitglied kommen kann, sollte der Bezirksleitung **vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag** der Klinik zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit eingereicht werden!



- *Tarifstellen 8.1, 8.2 sowie 8.6*
- *T8.1 „Informationen zur Krankenhausbehandlung“*

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 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*
- *T10.1 „Informationen zu Sterbegeld“*

- **Voraussetzungen** für die Zuschussfähigkeit:
 - Die den Haushalt führende Person (Mitglied/mitversicherter Familienangehörige) kann wegen außerhäuslicher Unterbringung gemäß Tarifstelle 11 oder wegen Todes den Haushalt nicht weiter führen 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 **naher Angehöriger** 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**
- **T11.1 „Informationen zu den Aufwendungen für Familien-, Haushaltshilfe und Hauspflege bei Geburten“**

Hinweise zur Vorlage von Erstattungsanträgen

- Die KVB zahlt Zuschüsse nur auf Antrag.
- Den Erstattungsantrag finden Sie auf unserer Internetseite www.kvb.bund.de oder erhalten Sie unentgeltlich von Ihrer Bezirksleitung bzw. als Anlage zur Erstattungsmitteilung.
- Leistungen werden nur gewährt, wenn sie **innerhalb eines Jahres** beantragt werden (Ausschlussfrist).
- Der Antrag sollte deutlich lesbar ausgefüllt sein.
- Rechnungen, Rezepte und andere Belege müssen fortlaufend nummeriert werden.
- Es erfolgt keine Rücksendung der Belege.
- Sendungen mit Nachporto werden von der KVB nicht angenommen. Achten Sie deshalb bitte auf eine ausreichende Frankierung.
- Antragsberechtigt ist nur das Mitglied oder eine vom Mitglied bevollmächtigte Person.
- Der Antrag muss eigenhändig unterschrieben werden.



- *Tarifstelle 1.6*
- *T1.1 „Informationen zur Vorlage von Erstattungsanträgen“*

- **Ärztliche Leistungen** werden im Ausland zum Teil auf wesentlich höherem Preisniveau abgerechnet. Daher empfiehlt es sich, bei Auslandsreisen eine zusätzliche **Auslandsreisekrankenversicherung** 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).
- 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 1000 € oder Notfallversorgung im nächstgelegenen Krankenhaus).
- **Beförderungskosten** werden bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen nur zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstätte und zurück nach den Bestimmungen der Tarifstelle 1.17 bezuschusst (siehe auch Hinweise zu Beförderungskosten). 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 erstattungsfähig, 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 Tarifstelle 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*
- *T1.2 „Informationen zu Behandlungen im Ausland“*

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.

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

