

# Veröffentlichung der 108. Änderung der Satzung PBeaKK

Die Bekanntmachung von Satzungsänderungen und Ausführungsbestimmungen erfolgt gemäß § 87 Absatz 5 der Satzung PBeaKK durch eine Veröffentlichung auf der Internetseite [www.pbeakk.de](http://www.pbeakk.de), nachrichtlich im Gemeinsamen Ministerialblatt.

## 1 Beschluss des Verwaltungsrats der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK); hier: 108. Änderung der Satzung PBeaKK

„1 Die Satzung wird wie folgt geändert:

### 1.1 `§ 22 Ruhen der Mitgliedschaft`

#### 1.1.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

(2) Die Mitgliedschaft ruht auf Antrag, wenn und solange

- a) Leistungen nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (Heil- oder Krankenbehandlung) zustehen,
- b) Urlaub unter Wegfall der Besoldung bzw. Vergütung gewährt wird,
- c) bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt Versicherungspflicht in einer Krankenversicherung oder Anspruch auf kostenlose Krankenversorgung besteht.

Das Ruhen beginnt mit dem Tag des erstmaligen Anspruchs auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder mit dem Tag der Beurlaubung, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses eingeht, andernfalls mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt. Die Mitgliedschaft lebt wieder auf mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang eines entsprechenden Antrags folgt, spätestens mit dem Wegfall der Voraussetzungen.'

### 1.2 `§ 23 Ruhen der Mitversicherung`

#### 1.2.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

(2) Die Mitversicherung ruht auf Antrag,

- a) für Kinder, wenn und solange die Ehegattin, der Ehegatte, die Partnerin bzw. der Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft des Mitglieds in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder freiwillig versichert ist und Anspruch auf Familienversicherung besteht,
- b) für die Ehegattin, den Ehegatten, die Partnerin und den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und Kinder, wenn und solange für sie Leistungen nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (Heil- oder Krankenbehandlung) zustehen.

Das Ruhen beginnt mit dem Tag des erstmaligen Anspruchs auf Familienversicherung oder des erstmaligen Anspruchs auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses eingeht, andernfalls mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt. Die Mitversicherung lebt wieder auf mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang eines entsprechenden Antrags folgt, spätestens mit dem Wegfall der Voraussetzungen.'

### 1.3 `§ 27b Ruhensbeitrag`

#### 1.3.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

'(3) Der Ruhensbeitrag wird ferner nicht erhoben für Zeiten des Ruhens der Mitgliedschaft/Mitversicherung während des freiwilligen Wehrdienstes, einer Wehrübung, einem Freiwilligendienst im Sinne des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d) Einkommenssteuergesetz oder eines Ruhens wegen Ansprüchen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch.'

### 1.4 `§ 30 Allgemeines`

#### 1.4.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

'(3) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungen und Behandlungen; als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt gelten insbesondere Untersuchungen und Behandlungen, die in der Anlage 1 zu § 6 Absatz 4 Satz 2 Bundesbeihilfeverordnung ausgeschlossen sind,
- b) Untersuchungen und Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings,
- c) Gutachten, die nicht von der Postbeamtenkrankenkasse, sondern auf Verlangen des Mitglieds oder der mitversicherten Person veranlasst worden sind,
- d) medizinisch nicht notwendige ärztliche oder zahnärztliche Bescheinigungen,
- e) den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
- f) berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen,
- g) Endgeräte, deren Beschaffung, technische Anbindung und Betrieb sowie Telekommunikationsdienstleistungen, sofern telemedizinische Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien erbracht werden und die Aufwendungen für die Geräte und deren Betrieb nicht ausschließlich für die medizinische Untersuchung oder Behandlung erforderlich sind.'

### 1.5 `§ 30b Eigenbehalte, Zuzahlungen, Belastungsgrenzen`

#### 1.5.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Die erstattungsfähigen Aufwendungen mindern sich in folgendem Umfang (Eigenbehalte):

1. um jeweils 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5,- Euro (jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten) und höchstens um 10,- Euro bei
  - a) Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 33 Absatz 1 Buchstabe a) und b), Medizinprodukten gemäß § 33 Absatz 1 Buchstabe d) sowie Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysaten, Elementardiäten und Sondennahrung gemäß § 33 Absatz 3 Satz 1. Maßgebend ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen, erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, mindern sich die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung,
  - b) Anschaffung einschließlich Miete von Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie von Körperersatzstücken gemäß § 35. Bei der Miete gilt dies nur für die erste Miete. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln erfolgt eine Minderung um 10 Prozent der Kosten, höchstens jedoch um 10,- Euro für den gesamten Monatsbedarf. Bei Bezug einer über einen Monatsbedarf hinausgehenden Menge an Hilfsmitteln ist der Monatsbedarf die in der Rechnung bzw. Verordnung ausgewiesene Menge. Der Eigenbehalt gilt zum Zeitpunkt des Bezugs als angefallen. Der Mindestabzug in Höhe von 5,- Euro findet bei den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln keine Anwendung,
  - c) Fahrten bzw. An- und Abreisen mit Ausnahme der Fälle nach § 43 Absatz 1 und § 44. Hin- und Rückfahrten sind jeweils gesondert zu berücksichtigen. Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 37 entstehenden Fahrtkosten ist der Abzugsbetrag nur bei der ersten und letzten Fahrt des Behandlungsfalls zu berücksichtigen. Dies gilt bei ambulant durchgeführten Operationen unter Einbeziehung

- der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten - ambulanten - Chemo-/Strahlentherapieserie entsprechend,
- d) Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag,
  - e) Soziotherapie je Kalendertag.
2. um 10,- Euro je Kalendertag bei
- a) vollstationären Krankenhausleistungen gemäß § 37 und bei im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführten Anschlussheilbehandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe e); Entwöhnungsbehandlungen von Abhängigkeitskranken nach § 43 Absatz 1 Buchstabe f) und bei Behandlungen psychischer und psychosomatischer sowie neurologischer Erkrankungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe g). Zusammen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr. Aufnahme- und Entlasstage zählen jeweils als 1 Tag,
  - b) Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe b).
3. um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr von häuslicher Krankenpflege gemäß § 38 Absatz 1 bis 4 und um 10,- Euro für jede ärztliche Verordnung.'

### 1.5.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

- '(2) Eigenbehalte nach Absatz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für
- a) Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ein Abzug erfolgt jedoch bei Fahrten nach § 39,
  - b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
  - c) Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nach § 47 einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel,
  - d) ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und Schutzimpfungen nach § 45 einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel. Bei zahnärztlichen Vorsorgeleistungen gilt dies für maximal zwei Kontrolluntersuchungen im Kalenderjahr,
  - e) Arznei- und Verbandmittel nach § 33 Absatz 1 Buchstabe a) und b), die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und - in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder - auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor vom Mitglied oder der mitversicherten Person selbst beschafft worden sind,
  - f) Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke nach § 35, sofern für die Anschaffung einschließlich Miete in Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfeverordnung beihilfefähige Höchstbeträge vorgesehen sind,
  - g) Harn- und Blutteststreifen,
  - h) Arznei- und Verbandmittel nach § 33 Absatz 1, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 20 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt,
  - i) Arzneimittel nach § 33 Absatz 1, wenn aufgrund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden musste.'

### 1.5.3 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

- '(3) Auf Antrag des Mitglieds sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze für das laufende Kalenderjahr
- a) Eigenbehalte nach Absatz 1 nicht mehr abzuziehen,
  - b) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige, Arzneimittel nach § 33 Absatz 1 Buchstabe a) in voller Höhe - Festbetragsarzneimittel im Sinne von § 33 Absatz 1 Satz 3 jedoch lediglich in Höhe des Festbetrages - als erstattungsfähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:

- für Mitglieder bis zur Besoldungsgruppe A 8 sowie deren mitversicherte Angehörige 8,- Euro,
- für Mitglieder der Besoldungsgruppe A 9 bis A 12 sowie deren mitversicherte Angehörige 12,- Euro,
- für Mitglieder höherer Besoldungsgruppen sowie deren mitversicherte Angehörige 16,- Euro.

Mitglieder, die keinen Anspruch auf beamtenrechtliche Besoldung oder Versorgung haben, werden der Besoldungsgruppe zugeordnet, deren Jahresbetrag des Grundgehalts in der Endstufe der Höhe des Jahreseinkommens des Mitglieds entspricht. Der Antrag muss der Postbeamtenkrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Jahres zugehen, das auf das Jahr folgt, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

Bei fristgerechter Beantragung werden die über der Belastungsgrenze liegenden Eigenbehalte gemäß Satz 1 Buchstabe a) und die Aufwendungen gemäß Satz 1 Buchstabe b) erstattet. Die Belastungsgrenze beträgt für Mitglieder und deren mitversicherte Angehörige zusammen

- a) 2 Prozent des jährlichen Einkommens nach Absatz 4,
- b) 1 Prozent des jährlichen Einkommens nach Absatz 4 für chronisch Kranke gemäß der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Für die Ermittlung des Überschreitens der Belastungsgrenze werden die von der Postbeamtenkrankenkasse vorgenommenen Eigenbehalte nach Absatz 1 und die Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige, Arzneimittel gemäß § 33 Absatz 2 Buchstabe c) berücksichtigt. Als Eigenbehalt zu berücksichtigen ist der von der Postbeamtenkrankenkasse von den Kassenleistungen einbehaltene Betrag. Als Aufwendung für die verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, Arzneimittel findet der Betrag Berücksichtigung, der sich nach Multiplikation mit der Tarifklasse des Versicherten ergibt. Maßgeblich für die jährliche Zuordnung ist der Zeitpunkt der Aufwendung bzw. der Zeitpunkt des Entstehens der den Eigenbehalt verursachenden Aufwendung. Das Mitglied hat das Einkommen nach Absatz 4, die Eigenbehalte und die Aufwendungen für die verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, Arzneimittel nachzuweisen. Erhält das Mitglied Beihilfe nach Maßgabe der Bundesbeihilfeverordnung, gilt die Belastungsgrenze der Postbeamtenkrankenkasse ab dem Zeitpunkt als überschritten, zu dem die Belastungsgrenze der Bundesbeihilfeverordnung überschritten ist. Sofern das Mitglied Beihilfe nach landesrechtlichen Vorschriften erhält, gilt die Belastungsgrenze der Postbeamtenkrankenkasse ab dem Zeitpunkt als überschritten, zu dem die Belastungsgrenze der Bundesbeihilfeverordnung überschritten wäre.'

#### **1.5.4 Absatz 4 erhält folgende Fassung:**

'(4) Die Ermittlung der Belastungsgrenze erfolgt auf der Grundlage des jährlichen Einkommens des den Antrag betreffenden Vorkalenderjahres. Berücksichtigt wird

- a) das Einkommen im Sinne des § 39 Absatz 3 Satz 2 Bundesbeihilfeverordnung mit der Maßgabe, dass das Einkommen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners nicht berücksichtigt wird, wenn diese bzw. dieses Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Mitglied der Postbeamtenkrankenkasse ist; das Einkommen vermindert sich
  - bei verheirateten oder in eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Mitgliedern um 15 Prozent und
  - für jedes nach § 4 Absatz 2 Bundesbeihilfeverordnung berücksichtigungsfähige Kind um den sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag, und
- b) bei Mitgliedern oder mitversicherten Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der sozialen Entschädigung getragen werden, abweichend von Buchstabe a) ein Einkommensbetrag in Höhe der jeweils maßgeblichen Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch; das Einkommen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners wird nicht berücksichtigt.'

## **1.6 `§ 33 Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte`**

### **1.6.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Erstattungsfähig nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 sind Aufwendungen für

- a) apothekenpflichtige Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes,
- b) Verbandmittel,
- c) Harn- und Blutteststreifen und
- d) Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.

Voraussetzung ist, dass die in Satz 1 genannten Produkte nach Art und Umfang ärztlich oder zahnärztlich verordnet worden sind oder bei einer ärztlichen Behandlung, einer zahnärztlichen Behandlung oder einer Behandlung eines Mitgliedes der Gruppe B 1, B 2, B 3 oder C oder einer bei diesem Mitglied mitversicherten Person durch eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker verbraucht worden sind. Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die Festbeträge nach § 35 Absatz 3, 5 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge erstattungsfähig; den Festbetrag übersteigende Aufwendungen sind in medizinisch begründeten Einzelfällen oder in den in Richtlinien nach § 129 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fällen erstattungsfähig. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer angegeben sein, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden.'

### **1.6.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel, die in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung genannt sind, es sei denn, dass das jeweilige Arzneimittel im Einzelfall nicht zur Behandlung in dem für dieses Arzneimittel in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Anwendungsbereich, sondern zur Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung, die eine Krankheit ist, eingesetzt wird und
  - es keine anderen zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung dieser Krankheit gibt oder
  - die anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,
- b) verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von
  - Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,
  - Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
  - Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder
  - Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex, sofern die Arzneimittel nicht für Personen bestimmt sind, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- c) nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, dass sie

- für Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden, bestimmt sind,
  - für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden, auch, wenn das Arzneimittel auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor vom Mitglied oder der mitversicherten Person selbst beschafft werden musste,
  - bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard gelten und mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet werden; die erstattungsfähigen Ausnahmen ergeben sich aus Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und gemäß § 94 Absatz 2 des Fünften Buch Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung; erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für anthroposophische und homöopathische Arzneimittel zur Behandlung der in Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten schwerwiegenden Erkrankungen, wenn die Anwendung des jeweiligen Arzneimittels in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist,
  - in der Fachinformation zum erstattungsfähigen Hauptarzneimittel als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben sind,
  - zur Behandlung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines erstattungsfähigen Arzneimittels auftreten können, eingesetzt werden; dabei muss die unerwünschte Arzneimittelwirkung lebensbedrohlich sein oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen,
- d) hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern sie nicht
- für Personen unter 22 Jahren bestimmt sind oder
  - unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden,
- e) Arzneimittel, bei denen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist, es sei denn, sie
- sind in Anlage 8 zu § 22 Absatz 4 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt und erfüllen die dort genannten Voraussetzungen oder
  - werden von der Postbeamtenkrankenkasse als erstattungsfähig anerkannt,
- f) traditionell angewendete Arzneimittel nach § 109 Absatz 3 und § 109a des Arzneimittelgesetzes mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise auf der äußeren Umhüllung oder der Packungsbeilage des Arzneimittels:
- zur Stärkung oder Kräftigung,
  - zur Besserung des Befindens,
  - zur Unterstützung der Organfunktion,
  - zur Vorbeugung,
  - als mild wirkendes Arzneimittel,
- g) traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a des Arzneimittelgesetzes,
- h) gesondert ausgewiesene Versandkosten, es sei denn es handelt sich um Botendienstzuschläge bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken.<sup>4</sup>

## 1.7 `§ 34 Heilmittel, Rehabilitationssport und Funktionstraining`

### 1.7.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und die bei der Anwendung der Heilmittel verbrauchten Stoffe sind erstattungsfähig. Bei Ergotherapie genügt eine Verordnung durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten. Voraussetzung für eine Erstattungsfähigkeit ist, dass die Heilmittel in Anlage 9 zu § 23 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt sind und die dort geregelten besonderen Voraussetzungen vorliegen. Das Heilmittel muss in einem der folgenden Bereiche nach Maßgabe des jeweiligen Berufsbildes von einer oder einem der nachfolgend aufgeführten Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer angewandt werden:

- a) Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
- Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
  - Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,
  - Krankengymnastin oder Krankengymnast,
- b) Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- Logopädin oder Logopäde,
  - Sprachtherapeutin oder Sprachtherapeut,
  - staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
  - Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
  - klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
  - klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,
  - Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,
  - bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern und Poltern auch
    - Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
    - Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
    - Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
    - Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
- c) Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung
- Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
  - Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
- d) Bereich Podologie
- Podologin oder Podologe,
  - medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,
- e) Bereich Ernährungstherapie
- Diätassistentin oder Diätassistent,
  - Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
  - Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.'

## **1.8 `§ 35 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke´**

### **1.8.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) Erstattungsfähig nach Absatz 1 sind Aufwendungen für

- a) Anschaffung,
- b) Miete einschließlich Versorgungspauschalen, sofern die Aufwendungen nicht höher sind als die Aufwendungen der Anschaffung,
- c) Reparatur und Instandsetzung,
- d) Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen Gegenstandes in der bisherigen Ausführung; erfolgt die Ersatzbeschaffung desselben oder eines vergleichbaren Gegenstandes innerhalb von sechs Monaten seit der Anschaffung, ist eine erneute ärztliche Verordnung nicht erforderlich,
- e) Betrieb und Unterhaltung einschließlich erforderlicher Inspektion, Wartung und sicherheitstechnischer und messtechnischer Kontrolle bei Hilfsmitteln und
- f) Unterweisung in den Gebrauch.

In den Fällen von Satz 1 Buchstabe e) sind Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle nur in Höhe des 100,00 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig und nicht bei der Ermittlung der Eigenbehalte zu berücksichtigen sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.'

## **1.9 `§ 35a Digitale Gesundheitsanwendungen`**

### **1.9.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind erstattungsfähig, wenn die digitalen Gesundheitsanwendungen

- a) in dem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten und im Bundesanzeiger nach § 139e Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bekannt gemachten Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen aufgeführt sind und
- b) von einer Ärztin, einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten verordnet worden sind.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Standardversion der digitalen Gesundheitsanwendungen, sofern nicht die medizinische oder therapeutische Notwendigkeit einer erweiterten Version durch Vorlage einer ärztlichen oder therapeutischen Bescheinigung nachgewiesen wird.

Aufwendungen für Zubehör der digitalen Gesundheitsanwendung sind erstattungsfähig, wenn das Zubehör ausschließlich für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung zwingend erforderlich ist.'

### **1.9.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- a) die Beschaffung, den Betrieb und die technische Anbindung der zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte,
- b) die zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Telekommunikationsdienstleistungen,
- c) Zweit- oder Mehrfachbeschaffungen der digitalen Gesundheitsanwendungen zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten; dies gilt auch für
- d) eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung, die Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet, und
- e) Zubehör, das den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist, etwa Aktualisierungs- oder Ergänzungssoftware für Betriebsprogramme, Kopfhörer, Mikrofone oder vergleichbare Hardware und digitale Waagen.'

## **1.10 `§ 37 Krankenhausleistungen`**

### **1.10.1 Absatz 3 Buchstabe a) erhält folgende Fassung:**

'(3) Abweichend von Absatz 2 Buchstabe a) sind die bei Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern nach Absatz 1 Buchstabe b) entstandenen Aufwendungen wie folgt erstattungsfähig:

- a) bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden,
  - allgemeine Krankenhausleistungen nach Absatz 2 Buchstabe a) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung des zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden, einheitlichen Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 Satz 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt,
  - die nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgegliederten Pflegepersonalkosten und zwar für jeden Belegungstag die maßgebliche Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert mit dem in § 15 Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Betrages und
  - Zusatzentgelte, sofern sie in der Rechnung ausgewiesen sind, bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe;

### **1.10.2 Absatz 6 erhält folgende Fassung:**

'(6) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus für zehn Tage je Krankenhausbehandlung.'

### **1.10.3 Absatz 7 erhält folgende Fassung:**

'(7) Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit von Krankenhausleistungen ist das Mitglied verpflichtet, der Postbeamtenkrankenkasse auf Verlangen die vom Krankenhaus erstellte Rechnung und - sofern vorhanden - die Entlassungsanzeige vorzulegen, welche die für die Prüfung notwendigen Angaben aus § 8 Absatz 9 Krankenhausentgeltgesetz und § 17c Absatz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz enthalten.'

### **1.11 `§ 38 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit`**

#### **1.11.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig, wenn die häusliche Krankenpflege

- a) medizinisch erforderlich ist, um eine gebotene Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen oder um das Ziel einer erforderlichen ärztlichen Behandlung zu sichern; gleiches gilt, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist,
- b) nicht länger als vier Wochen dauert,
- c) nicht durch die erkrankte Person selbst oder durch eine andere, in deren Haushalt lebende, Person durchgeführt werden kann und
- d) im eigenen Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

Bei ambulanter Palliativversorgung und in sonstigen Ausnahmefällen können die Aufwendungen für einen über vier Wochen hinausgehenden Zeitraum als erstattungsfähig anerkannt werden, wenn die häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum erforderlich ist und dies in der Bescheinigung nach Absatz 3 bestätigt wird. Die zeitliche Befristung auf vier Wochen findet keine Anwendung, wenn eine Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung erforderlich ist.'

#### **1.11.2 Absatz 3 erhält folgende Fassung:**

'(3) Die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege und deren voraussichtliche Dauer sind durch Vorlage einer Bescheinigung nachzuweisen. Diese Bescheinigung muss auch Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der häuslichen Krankenpflege enthalten. Die Bescheinigung muss erstellt sein durch

- a) eine Ärztin oder einen Arzt bei einer häuslichen Krankenpflege oder einer Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 6,
- b) eine Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde, für Neurologie, für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie bei einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege oder
- c) eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut darf in therapeutisch begründeten Fällen die Bescheinigung auch erstellen für Personen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Prüfung des Erstattungsanspruchs Nachweise über die Art und den zeitlichen Umfang der geleisteten Verrichtungen zu verlangen.'

#### **1.11.3 Absatz 5 erhält folgende Fassung:**

'(5) Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts einer Pflegekraft der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger erstattungsfähig. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine in der Bescheinigung nach Absatz 3 für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft erstattungsfähig.'

## **1.12 `§ 38a Außerklinische Intensivpflege`**

### **1.12.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind erstattungsfähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, eine ärztliche Bescheinigung zu verlangen, aus der sich der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, wie der Ort, die Dauer, der notwendige Umfang der medizinischen Behandlungspflege, insbesondere zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, hervorgeht. Bei einer Änderung des Gesundheitszustandes oder nach zwölf Monaten seit Erstellung der jeweiligen ärztlichen Bescheinigung kann die Postbeamtenkrankenkasse die Vorlage einer neuen ärztlichen Bescheinigung nach Satz 2 verlangen.'

### **1.12.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind – unter Anrechnung der erhaltenen Pflegepauschalen aus der Pflegeversicherung – folgende Aufwendungen erstattungsfähig:

- a) pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung,
  - b) Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
  - c) betriebsnotwendige Investitionskosten,
  - d) Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.
- Entfällt der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Aufwendungen nach Satz 1 für weitere sechs Monate ab Wegfall des besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege erstattungsfähig, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.'

### **1.12.3 Absatz 3 erhält folgende Fassung:**

'(3) Aufwendungen nach § 38 sind nicht neben den in den Absätzen 1 und 2 genannten Aufwendungen erstattungsfähig.'

## **1.13 `§ 38b Familien- und Haushaltshilfe`**

### **1.13.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe einschließlich der erforderlichen Fahrtkosten sind erstattungsfähig, wenn

- a) das den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte Person den Haushalt wegen einer außerhäuslichen Unterbringung (§§ 37, 38c Absatz 2, 40 Absatz 1, 43 und 44) nicht weiterführen kann,
- b) durch die Familien- und Haushaltshilfe ein an sich medizinisch erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt des Mitgliedes oder der mitversicherten Person vermieden werden kann,
- c) das den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte Person bei schwerer Krankheit oder bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, die Führung des Haushaltes noch nicht wieder - auch nicht teilweise - übernehmen kann,
- d) das den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte Person verstorben ist.'

## **1.14 `§ 38c Palliativversorgung`**

### **1.14.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind erstattungsfähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.'

### **1.14.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre palliativmedizinische Versorgung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe erstattungsfähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.'

### **1.15 `§ 38d Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase`**

#### **1.15.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'Erstattungsfähig sind entsprechend § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.'

### **1.16 `§ 39 Fahrtkosten`**

#### **1.16.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Aus Anlass einer Krankheit sind erstattungsfähig die Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

- a) im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen einschließlich vor- und nachstationären Krankenbehandlungen,
- b) anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus,
- c) anlässlich einer ambulanten Operation und damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen, wenn dadurch eine stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird,
- d) mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird,
- e) zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen gemäß § 45 Absatz 1 und Absatz 3 sowie die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen, oder
- f) um ein untergebrachtes, schwer erkranktes mitversichertes Kind zu besuchen, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei dem zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind.

Satz 1 gilt entsprechend für Fahrten, die durch Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nach § 28 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verordnet worden sind, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.'

#### **1.16.2 Absatz 4 erhält folgende Fassung:**

'(4) Nicht erstattungsfähig sind

- a) Aufwendungen für die Beförderung anderer Personen als der erkrankten Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,
- b) Aufwendungen für das Gepäck bei Benutzung privater Kraftfahrzeuge,
- c) Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen,
- d) Fahrt- und Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, sofern hierzu das Aufenthaltsland verlassen wird.'

### **1.17 `§ 42 Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen`**

#### **1.17.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht werden, sind abweichend von § 30 Absatz 2 Satz 7 und § 34 Absatz 1 erstattungsfähig. Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.'

## **1.18 `§ 43 Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen`**

### **1.18.1 Absatz 5 erhält folgende Fassung:**

'(5) Bei Rehabilitationsmaßnahmen sind Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen gemäß § 31,
- b) Arzneimittel und Verbandmittel gemäß § 33,
- c) Heilmittel gemäß § 34 Absatz 1,
- d) Familien- und Haushaltshilfe gemäß § 38b,
- e) Unterkunft, Verpflegung und Pflege,
- f) die Hin- und Rückfahrt mit
  - regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln oder mit privaten Kraftfahrzeugen einschließlich Gepäckbeförderungskosten,
  - einen aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen gemäß § 39 Absatz 1 Buchstabe d),
  - in den Fällen nach Absatz 1 Buchstabe a) und Absatz 1 Buchstabe e) und f) mit einem Taxi, wenn der Transport medizinisch notwendig ist; in den Fällen des Absatz 1 Buchstabe e) und f) muss die Postbeamtenkrankenkasse die Fahrt mit dem Taxi vor Beginn der Maßnahme anerkannt haben,
- g) den ärztlichen Schlussbericht,
- h) Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson,
- i) den tatsächlich erlittenen nachgewiesenen Verdienstausfall einer Begleitperson,
- j) die Kurtaxe, auch für die Begleitperson.

Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe d) sind Aufwendungen für die Hin- und Rückfahrt nicht erstattungsfähig, sofern eine kostenfreie Transportmöglichkeit der Rehabilitationseinrichtung genutzt werden kann. Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a) bis c) sind Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 21 Kalendertage (ohne Tag der An- und Abreise) erstattungsfähig. Die zeitliche Befristung auf 21 Kalendertage kann bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a) und Buchstabe c) verlängert werden, wenn die Postbeamtenkrankenkasse einer Verlängerung zustimmt. Eine Zustimmung wird erteilt, wenn die Verlängerung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Das Mitglied hat der Postbeamtenkrankenkasse ein fachärztliches Gutachten der Rehabilitationseinrichtung zu den medizinischen Gründen vorzulegen. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Verlängerung ein Gutachten eines Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft einzuholen.'

## **1.19 `§ 44 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort`**

### **1.19.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:**

'(3) Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn die Postbeamtenkrankenkasse auf Antrag des Mitgliedes die Erstattungsfähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach schriftlich anerkannt hat. Dies gilt auch für Aufwendungen, die für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson entstehen. Die Anerkennung setzt voraus, dass eine vom Mitglied mit dem Antrag vorzulegende ärztliche Bescheinigung Aussagen über die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme enthält und darüber, ob die Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine andere Heilmaßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht am Wohnort oder einem anderen Ort ersetzt werden kann. Anstelle einer ärztlichen Bescheinigung kann eine entsprechende Bescheinigung einer Psychologischen Psychotherapeutin, eines Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgelegt werden, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie besteht. Wird keine ärztliche Bescheinigung vorgelegt, oder enthält diese keine für eine Anerkennung ausreichenden Aussagen, ist die Postbeamtenkrankenkasse berechtigt, hierzu ein Gutachten bei einem Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft einzuholen. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von 4 Monaten nach der Anerkennung begonnen, entfällt die Erstattungsfähigkeit für die Aufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme. Gleiches gilt, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht in dem von der Postbeamtenkrankenkasse festgelegten Kurort durchgeführt wird. '

### **1.19.2 Absatz 5 erhält folgende Fassung:**

'(5) Anerkannte Kurorte sind die Heilbäder und Kurorte, die vom Bundesministerium des Innern und für Heimat durch Rundschreiben bekannt gegeben werden. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden. Die Postbeamtenkrankenkasse kann im Einzelfall einen anderen Kurort außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, der innerhalb der Europäischen Union liegt und nicht in der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat durch Rundschreiben bekannt gegebenen Übersicht enthalten ist, als geeignet anerkennen.'

### **1.19.3 Absatz 6 erhält folgende Fassung:**

'(6) Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort sind Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen gemäß § 31,
- b) Arzneimittel und Verbandmittel gemäß § 33,
- c) Heilmittel gemäß § 34 Absatz 1,
- d) Familien- und Haushaltshilfe gemäß § 38b,
- e) für Unterkunft und Verpflegung,
- f) die Hin- und Rückfahrt mit
  - regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln oder mit privaten Kraftfahrzeugen einschließlich Gepäckbeförderungskosten,
  - einen aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen gemäß § 39 Absatz 1 Buchstabe d),
  - mit einem Taxi, wenn der Transport medizinisch notwendig ist und die Postbeamtenkrankenkasse die Fahrt mit dem Taxi vor Beginn der Maßnahme anerkannt hat,
- g) Kosten für den ärztlichen Schlussbericht,
- h) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson,
- i) die Kurtaxe, auch für die Begleitperson.

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind für höchstens 21 Kalendertage (ohne Tag der An- und Abreise) erstattungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson gelten die Voraussetzungen des § 43 Absatz 6 entsprechend.'

## **1.20 `§ 45 Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen`**

### **1.20.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung von Krankheiten und zur medizinischen Vorsorge sind erstattungsfähig für

- a) eine einmalig durchgeführte ärztliche Maßnahme bei Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis Vollendung des 35. Lebensjahres, insbesondere Maßnahmen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus,
- b) eine jedes dritte Jahr durchgeführte ärztliche Maßnahme bei Personen ab Vollendung des 35. Lebensjahres; insbesondere Maßnahmen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus,
- c) ärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen und für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme,
- d) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko, wenn die Leistungen in einem der im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs nach Maßgabe der Anlage 14 zu § 41 Absatz 3 der Bundesbeihilfeverordnung erbracht werden,
- e) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik und Gendiagnostik im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko, wenn die Leistungen durch eine Universitätsklinik des Verbundprojekts „Familiärer Darmkrebs“ nach Maßgabe der Anlage 15 zu § 41 Absatz 4 der Bundesbeihilfeverordnung erbracht werden,
- f) ärztliche Maßnahmen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres zur Früherkennung

von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden (Untersuchungsstufen U 1 bis U 9) und ärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen nach Vollendung des 12. Lebensjahres bis zum vollendeten 15. Lebensjahr (Vorsorgeuntersuchung J 1); die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und zur Jugendgesundheitsuntersuchung finden entsprechende Anwendung,

- g) ärztliche Maßnahmen bei Kindern nach Vollendung des 7. Lebensjahres bis zur Vollendung des 9. Lebensjahres (U 10 – Vorsorge im Grundschulalter) und bei Kindern nach Vollendung des 9. Lebensjahres bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres (U 11 – Vorsorge in einer wichtigen Schulphase) und ärztliche Maßnahmen bei Jugendlichen nach Vollendung des 16. Lebensjahres bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (Vorsorgeuntersuchung J 2),
- h) Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz
- i) einmaliges Screening auf Bauchaortenaneurysmen für männliche Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, und
- j) ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV und Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.'

## **1.21 `§ 48 Aufwendungen im Ausland`**

### **1.21.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:**

'(3) Ohne Beschränkung auf die im Inland entstehenden Kosten sind außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 und 2 erstattungsfähig, wenn

- a) sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1.000,- Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
- b) in der Nähe der deutschen Grenze wohnende Versicherte bei akutem Behandlungsbedarf das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten,
- c) Versicherte zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder
- d) die Erstattungsfähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Erstattungsfähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Postbeamtenkrankenkasse beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist. Nach erfolgter Anerkennung können die Fahrtkosten nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes (je Kilometer 20 Cent) erstattet werden. In Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

Für Aufwendungen nach Absatz 1 von Mitgliedern der Gruppe B 3 werden bei Dienstreisen ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland Leistungen in Höhe der nach Abschnitt IV Absatz 2 Leistungsordnung B zustehenden Beihilfe gewährt, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können.'

## **1.22 `§ 56 Leistungen aus der Zusatzversicherung bei Krankenhausbehandlungen`**

### **1.22.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung wird aus der Grundstufe, Aufbaustufe und Krankenhaustagegeldstufe für jeden Aufenthaltstag ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Dies gilt auch für Tage der Beurlaubung aus dem Krankenhaus aus medizinischen Gründen. Als vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von Satz 1 gelten auch eine stationäre Entbindung, eine vollstationäre Organspende, eine vollstationäre Versorgung in einem Hospiz oder eine Übergangspflege im Krankenhaus. Voraussetzung für einen Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld ist, dass

- a) Leistungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 37 oder nach § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden und das Krankenhaus ein Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet,
- b) Leistungen für eine stationäre Entbindung nach § 46 Buchstabe c) oder nach § 24f des

- Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden,
- c) bei einer Spende von Organen oder Geweben Leistungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 36 Absatz 2 Satz 2 oder nach § 27 Absatz 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden oder
- d) Leistungen für eine vollstationäre Versorgung in einem Hospiz nach § 38c Absatz 2 oder nach § 39a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden oder
- e) Leistungen für eine vollstationäre Übergangspflege im Krankenhaus nach § 37 Absatz 6 erbracht werden.'

## **1.23 IV. Kapitel: Ergänzungsversicherung**

### **1. Abschnitt: Ergänzungsversicherung bei Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch**

#### **`§ 61 Allgemeines zur Ergänzungsversicherung`**

##### **1.23.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Die Ergänzungsversicherung bei Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch hat die Aufgabe, den Versicherten mit Ansprüchen auf Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch ergänzende Leistungen zu gewähren.'

##### **1.23.2 Absatz 3 erhält folgende Fassung:**

'(3) Die Aufnahme in die Ergänzungsversicherung ist ab dem 01.01.1996 nicht mehr möglich. Die bisherigen Versicherungen bleiben bestehen, wenn und solange die Voraussetzungen dafür vorliegen.'

##### **1.23.3 Absatz 4 erhält folgende Fassung:**

'(4) Sofern die Satzungsbestimmungen über die Ergänzungsversicherung eine Regelung enthalten, gelten die betreffenden übrigen Bestimmungen der Satzung entsprechend.'

#### **1.24 `§ 61a (derzeit nicht belegt)`**

#### **1.25 `§ 61b (derzeit nicht belegt)`**

#### **1.26 `§ 61c Beendigung der Ergänzungsversicherung`**

##### **1.26.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Die Ergänzungsversicherung kann zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens bis zum 30. September eingehen.'

##### **1.26.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) Die Ergänzungsversicherung endet, wenn die Mitgliedschaft oder die Mitversicherung in der Grundversicherung wieder auflebt oder endet.'

#### **1.27 `§ 61d (derzeit nicht belegt)`**

#### **1.28 `§ 61e Beiträge der Ergänzungsversicherung`**

##### **1.28.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Der monatliche Beitrag beträgt bei Ansprüchen nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch für

- |   |           |
|---|-----------|
| a) Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige mit Ansprüchen auf Heilbehandlung                            | 0,31 Euro |
| b) Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige mit Ansprüchen auf Krankenbehandlung                         | 0,92 Euro |
| c) Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen mit Ansprüchen auf Heil- und Krankenbehandlung              | 1,28 Euro |
| d) allein ergänzungsversicherte Angehörige mit Ansprüchen auf Heilbehandlung                              | 0,31 Euro |
| e) allein ergänzungsversicherte Angehörige mit eigenen oder abgeleiteten Ansprüchen auf Krankenbehandlung | 0,92 Euro |

- f) mehrere ergänzungsversicherte Angehörige mit eigenen oder abgeleiteten Ansprüchen auf Krankenbehandlung 1,28 Euro '

### **1.28.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) In den Fällen des Absatzes 1 Buchstabe d), e) oder f) wird für die Ergänzungsversicherung kein Beitrag erhoben, wenn das Mitglied in der Grundversicherung den Beitrag für Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen entrichtet.'

## **1.29 `§ 61f Leistungen aus der Ergänzungsversicherung`**

### **1.29.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:**

'(1) Die Mitglieder haben für sich und die mitversicherten Angehörigen Anspruch auf:

- a) Leistungen für Behandlungsarten usw., die dem Grunde nach nicht unter die Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch fallen,
- b) Leistungen für Behandlungsarten usw., für die im Rahmen der Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch nur ein Zuschuss gewährt wird,
- c) Leistungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, sofern die Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch nicht vorliegen.

Wird für eine Behandlungsart usw. anstelle einer Sachleistung nur ein Zuschuss nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch gewährt, werden aus der Ergänzungsversicherung keine Leistungen gezahlt.'

### **1.29.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) Die Mitglieder sind verpflichtet, vor Beginn der jeweiligen Behandlung usw. zunächst die Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch bei der zuständigen Stelle zu beantragen. Erst nach begründeter Ablehnung der Heil- oder Krankenbehandlung oder wenn nur ein Zuschuss gewährt wird, werden Leistungen aus der Ergänzungsversicherung gezahlt.'

### **1.29.3 Absatz 3 erhält folgende Fassung:**

'(3) Die Leistungen nach Absatz 1 werden nach der Leistungsordnung für Mitglieder der Gruppe B 1 gewährt. Werden zu bestimmten Aufwendungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch Zuschüsse gezahlt (z. B. bei Zahnersatz für Hinterbliebene oder Familienangehörige), beschränken sich die Kassenleistungen auf den Teil der beihilfefähigen Aufwendungen, der dem Mitglied nach Zahlung des Zuschusses des Versorgungsamtes und der Beihilfe noch verbleibt; die oberste Grenze bilden jedoch die Leistungshöchstsätze nach Satz 1. Soweit die Leistungsordnung Abweichungen von der Rahmenbestimmung vorsieht, gelten diese Abweichungen auch für die Ergänzungsversicherung.'

## **1.30 `§ 74 Wirtschaftsplan`**

### **1.30.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) Der Wirtschaftsplan besteht aus den Teilen Grundversicherung (einschließlich Ergänzungsversicherung bei Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch) und Zusatzversicherung (getrennt nach den einzelnen Stufen). Er muss alle im Geschäftsjahr zu erwartenden Erträge und Aufwendungen enthalten und ist in Ertrag und Aufwand auszugleichen.'

## **1.31 `§ 77 Anträge`**

### **1.31.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:**

'(2) Voraussetzung eines Anspruchs auf Erstattung ist ein Antrag des Mitglieds. Der Antrag ist der Postbeamtenkrankenkasse in Papierform vorzulegen. Dazu sind die von der Postbeamtenkrankenkasse bereitgestellten Vordrucke zu verwenden. Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Diese werden Eigentum der Postbeamtenkrankenkasse. Die Postbeamtenkrankenkasse kann zulassen, dass Leistungsanträge und die zugehörigen Belege elektronisch übermittelt werden. Die Postbeamtenkrankenkasse informiert die Mitglieder in geeigneter Weise über einen zugelassenen elektronischen Übermittlungsweg. Zur Vermeidung

unbilliger Härten kann die Postbeamtenkrankenkasse zulassen, dass mitversicherte Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung des Mitglieds Leistungen selbst beantragen können. Das Mitglied ist vor der Entscheidung anzuhören. Die vom Mitglied noch nicht beantragten Leistungen können nach dem Tod des Mitglieds von einer Erbin oder einem Erben beantragt werden. Der Nachweis der Erbenstellung ist durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde zu führen.'

### 1.32 `§ 78 Anzeige- und Mitwirkungspflichten`

#### 1.32.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

'(2) Kommt das Mitglied seinen Pflichten nach Absatz 1 Satz 1 und 2 nicht oder nicht rechtzeitig nach, sind zu Unrecht erbrachte Leistungen nach Maßgabe des § 30 Absatz 4 zurückzuzahlen. § 29 Absatz 4 findet Anwendung. Kommt das Mitglied seiner Pflicht aus Absatz 1 Satz 3 nicht oder nicht vollständig nach, sind die vom Mitglied beantragten Leistungen zu versagen; das Mitglied ist unter Fristsetzung schriftlich auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung hinzuweisen. Holt das Mitglied die Mitwirkung nach, ist die beantragte Leistung in Höhe des nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren. Kommt das Mitglied seiner Verpflichtung zur Anzeige eines Wechsels seines Dienstherrn bzw. seines Arbeitgebers nicht oder nicht rechtzeitig nach und ist aufgrund des Wechsels ein Ausgleichzuschlag zu erheben, findet § 28 Absatz 3 Satz 3 Anwendung. Kommt das Mitglied seiner Verpflichtung zur Anzeige eines Wechsels des Dienstherrn bzw. des Arbeitgebers nicht oder nicht rechtzeitig nach und wird ein Ausgleichzuschlag nach § 28 erhoben, ist abweichend von § 28 Absatz 3 Satz 3 der Ausgleichzuschlag bis zu dem Monat zu entrichten, zu dem die Voraussetzungen für den Wegfall des Ausgleichzuschlags nachgewiesen sind. Die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn die Postbeamtenkrankenkasse das Mitglied zur Auskunftserteilung aufgefordert hat oder wenn fehlerhafte Auskünfte erteilt werden.'

### 1.33 `§ 80 Ansprüche gegen Dritte und andere Leistungsträger`

#### 1.33.1 Absatz 5 erhält folgende Fassung:

'(5) Hat das Mitglied oder eine mitversicherte Angehörige bzw. ein mitversicherter Angehöriger aufgrund gesetzlicher oder anderer Vorschriften einen Entschädigungsanspruch gegen einen Träger der Sozialen Entschädigung oder andere Stellen, besteht insoweit kein Leistungsanspruch gegen die Postbeamtenkrankenkasse.'

### 1.34 `Leistungsordnung A`

#### 1.34.1 Nr. 3 Buchstabe a) erhält folgende Fassung:

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.  |  |
|--------|---|--|
| 1      | 2   | 3  |
| 3      | <b>Arznei- und Verbandmittel (§ 33)</b>   |  |
|        | a) Arzneimittel, Medizinprodukte, Verbandmittel und Harn- und Blutteststreifen<br>- bei Bezug von einer im Vertragsverhältnis zur Postbeamtenkrankenkasse stehenden Apotheke<br><br>- bei Verbrauch während einer ärztlichen Behandlung<br><br>- bei Verbrauch und/oder Bezug während einer zahnärztlichen Behandlung | Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b<br><br>Sachleistung<br><br>Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 3 Buchstabe a) |

#### 1.34.1 Nr. 3 Buchstabe c) erhält folgende Fassung:

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.  |   |
|--------|---|---|
| 1      | 2                                       | 3 |
| 3      | <b>Arznei- und Verbandmittel (§ 33)</b> |   |

|  |                         |              |
|--|-------------------------|--------------|
|  | c) Botendienstzuschläge | Sachleistung |
|--|-------------------------|--------------|

**1.34.2 Nr. 5a erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.         |  |
|--------|--|--|
| 1      | 2  | 3  |
| 5a     | <b>Digitale Gesundheitsanwendungen (§ 35a)</b> |  |
|        | Digitale Gesundheitsanwendungen                | Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 5a |

**1.34.3 Nr. 7 Buchstabe h) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.  |  |
|--------|---|--|
| 1      | 2   | 3  |
| 7      | <b>Krankenhausleistungen (§ 37)</b>   |  |
|        | h) Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> <li>- in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger besteht</li> <li>- in den übrigen Fällen</li> </ul> | Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b<br><br>Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 7 unter Ziffer 1 Buchstabe j |

**1.34.4 Nr. 8a erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.   |  |
|--------|--|--|
| 1      | 2  | 3  |
| 8a     | <b>Außerklinische Intensivpflege (§ 38a)</b>   |  |
|        | Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <ul style="list-style-type: none"> <li>- in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht</li> <li>- in den übrigen Fällen</li> </ul> | Sachleistung<br><br>Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8a |

**1.34.5 Nr. 8b erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.  |   |
|--------|---|---|
| 1      | 2   | 3   |
| 8b     | <b>Familien- und Haushaltshilfe (§ 38b)</b>   |   |
|        | a) Familien- und Haushaltshilfe <ul style="list-style-type: none"> <li>- in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht</li> <li>- in den übrigen Fällen</li> </ul> | Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b<br><br>Erstattung entsprechend der |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   | Leistungsordnung B<br>Nummer 8b Buchstabe a)<br>und b)                   |
|  | b) Familien- und Haushaltshilfe durch nahe Angehörige | Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B<br>Nummer 8b Buchstabe c) |

**1.34.6 Nr. 8c erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.  |   |
|--------|---|---|
| 1      | 2   | 3   |
| 8c     | <b>Palliativversorgung (§ 38c)</b>  |   |
|        | Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Sinne des § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37 Absatz 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Aufwendungen bei stationärer, teilstationärer oder ambulanter Versorgung in Hospizen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch<br>- in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht<br><br>- in den übrigen Fällen | Sachleistung<br><br>Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B<br>Nummer 8c |

**1.34.7 Nr. 8d erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.  |   |
|--------|---|---|
| 1      | 2   | 3   |
| 8d     | <b>Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 38d)</b>  |   |
|        | Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen<br>- in den Fällen, in denen eine Vereinbarung besteht<br><br>- in den übrigen Fällen | Sachleistung<br><br>Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nr. 8d |

**1.34.8 Nr. 13 Buchstabe m) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.                             |  |
|--------|--|--|
| 1      | 2  | 3  |
| 13     | <b>Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)</b> |  |
|        | m) Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderungskosten      | Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B<br>Nummer 13 unter Ziffer 1<br>Buchstabe l) |

**1.34.9 Nr. 14 Buchstabe f) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.                                       |   |
|--------|--|---|
| 1      | 2  | 3   |
| 14     | <b>Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 44)</b> |   |
|        | f) Hin- und Rückfahrt  | Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe f)‘ |

**1.35 `Leistungsordnung B´**

**1.35.1 Nr. 3 Buchstabe c) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.  |  |
|--------|---|--|
| 1      | 2                                       | 3  |
| 3      | <b>Arznei- und Verbandmittel (§ 33)</b> |  |
|        | c) Botendienstzuschläge                 | beihilfefähige Aufwendungen (höchstens 2,50 € zuzüglich Umsatzsteuer je Lieferort und Tag) |

**1.35.2 Nr. 5a erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.         |                             |
|--------|--|-----------------------------|
| 1      | 2  | 3                           |
| 5a     | <b>Digitale Gesundheitsanwendungen (§ 35a)</b> |                             |
|        | Digitale Gesundheitsanwendungen                | beihilfefähige Aufwendungen |

**1.35.3 Nr. 7 Ziffer 1 Buchstabe j) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.   |   |
|--------|--|---|
| 1      | 2  | 3   |
| 7      | <b>Krankenhausleistungen (§ 37)</b>  |   |
|        | 1. Mitglieder der Gruppe B1, B2, B3 und C:<br>j) Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus | beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe der Vergütung nach der für das jeweilige Bundesland nach § 132m Fünftes Buch Sozialgesetzbuch geschlossenen Vereinbarung) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b |

**1.35.4 Nr. 7 Ziffer 2 Buchstabe b) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.                                 |   |
|--------|--|---|
| 1      | 2  | 3 |
| 7      | <b>Krankenhausleistungen (§ 37)</b>                                    |   |
|        | 2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2: |   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | b) gesondert berechnete Unterkunft nach § 17 Krankenhausentgeltgesetz oder nach § 16 Satz 2 Bundespflegesatzverordnung bei Untersuchungen und Behandlungen in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern | beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich) |
|--|---|--|

**1.35.5 Nr. 7 Ziffer 2 Buchstabe c) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.   |  |
|--------|--|--|
| 1      | 2  | 3  |
| 7      | <b>Krankenhausleistungen (§ 37)</b>  |  |
|        | c) gesondert berechnete Unterkunft bei Untersuchungen und Behandlungen in sonstigen Krankenhäusern im Sinne von § 107 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch | beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich) |

**1.35.6 Nr. 8 erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.  |   |
|--------|---|---|
| 1      | 2   | 3   |
| 8      | <b>Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 38)</b> |   |
|        | a) vorübergehende häusliche Krankenpflege (z. B. Verbände anlegen, waschen, kochen)     | beihilfefähige Aufwendungen unter Maßgabe einer Vereinbarung, die regelmäßig ab 20.000,- € monatlich zwischen PBeaKK und Leistungserbringer zu treffen ist, abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b |

**1.35.7 Nr. 8a erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.   |  |
|--------|--|--|
| 1      | 2  | 3  |
| 8a     | <b>Außerklinische Intensivpflege (§ 38a)</b>   |  |
|        | Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch | beihilfefähige Aufwendungen unter Maßgabe einer Vereinbarung, die regelmäßig ab 20.000,- € monatlich zwischen PBeaKK und Leistungserbringer zu treffen ist |

**1.35.8 Nr. 8b erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.      |   |
|--------|---|---|
| 1      | 2   | 3   |
| 8b     | <b>Familien- und Haushaltshilfe (§ 38b)</b> |   |
|        | a) Familien- und Haushaltshilfe             | beihilfefähige Aufwendungen (pro Stunde bis zur Höhe des 1,17-fachen Betrages des sich aus § 1 Absatz 2 Mindestlohngesetz ergebenden Mindestlohns, aufgerundet auf volle Euro-Beträge); abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b |

**1.35.9 Nr. 8c erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw. |   |
|--------|--|---|
| 1      | 2                                      | 3 |
| 8c     | <b>Palliativversorgung (§ 38c)</b>     |   |

**1.35.10 Nr. 8d erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.                                       |   |
|--------|--|---|
| 1      | 2  | 3 |
| 8d     | <b>Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 38d)</b> |   |

**1.35.11 Nr. 13 Buchstabe k) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.                             |                            |
|--------|--|----------------------------|
| 1      | 2  | 3                          |
| 13     | <b>Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)</b> |                            |
|        | k) Familien- und Haushaltshilfe                                    | entsprechend der Nummer 8b |

**1.35.12 Nr. 13 Buchstabe l) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.                                     |  |
|--------|--|--|
| 1      | 2  | 3  |
| 13     | <b>Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)</b>         |  |
|        | l) Hin- und Rückfahrt<br>- mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln | tatsächliche Kosten bis zur niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck; bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a) bis c) und g) insgesamt jedoch höchstens |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit privaten Kraftfahrzeugen</li> <br/> <li>- mit einem Taxi</li> <br/> <li>- mit einem Krankentransportwagen</li> <br/> <li>- mit dem Fahrdienst der Rehabilitationseinrichtung</li> </ul> | <p>200,00 € für die Gesamtmaßnahme und bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt;</p> <p>0,20 € je Entfernungskilometer insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme; bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt;</p> <p>entsprechend der Nummer 9 Buchstabe d) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b; bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt;</p> <p>entsprechend der Nummer 9 Buchstabe a) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b</p> <p>bei ambulanten Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe e) und f) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt</p> |
|--|--|---|

**1.35.13 Nr. 14 Buchstabe f) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.  |  |
|--------|---|--|
| 1      | 2   | 3  |
| 14     | <b>Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 44)</b>  |  |
|        | f) Hin- und Rückfahrt <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln</li> </ul> | tatsächliche Kosten bis zur niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck; insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme |

|  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
|  | - mit privaten Kraftfahrzeugen    | 0,20 € je Entfernungskilometer insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme |
|  | - mit einem Taxi                  | entsprechend der Nummer 9 Buchstabe d) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b      |
|  | - mit einem Krankentransportwagen | entsprechend der Nummer 9 Buchstabe a) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b      |

**1.35.14 Nr. 17 Buchstabe d) erhält folgende Fassung:**

| Nummer | Art der Verrichtungen, Leistungen usw.   |  |
|--------|--|--|
| 1      | 2  | 3  |
| 17     | <b>Schwangerschaft und Geburt (§ 46)</b> |  |
|        | d) Haus- und Wochenpflegekraft           | beihilfefähige Aufwendungen bzw. entsprechend der Nummer 8 Buchstabe b)‘ |

**2. Inkrafttreten**

Die Änderungen treten rückwirkend zum 01.04.2024 in Kraft.' "

**2 Genehmigung der 108. Änderung der Satzung PBeaKK**

Diese Satzungsänderung wurde mit Schreiben vom 03.07.2024 von der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation (BAnst PT) genehmigt.

Stuttgart, 04.07.2024 (Datum der amtlichen Bekanntmachung)