

Veröffentlichung der 103. 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, nachrichtlich im Gemeinsamen Ministerialblatt.

1 Beschluss des Verwaltungsrats der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK); hier: 103. Änderung der Satzung PBeaKK

Der Verwaltungsrat hat am 29.12.2020 im schriftlichen Verfahren nachstehenden Beschluss gefasst:

„1. Die Satzung wird wie folgt geändert:

1.1 `§ 16 Mitversicherung von Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft`

1.1.1 § 16 erhält folgende Fassung:

'Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft können auf Antrag mitversichert werden, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im Vorvorkalenderjahr 20.000 Euro nicht übersteigt. Daneben können Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mitversichert werden, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung keine über dem Gesamtbetrag von 20.000 Euro liegenden Jahreseinkünfte haben und das Mitglied erklärt, dass die maßgebende Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr nicht überschritten wird.'

1.2 `§ 30 Allgemeines`

1.2.1 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 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.

Behandlungen im Sinne von Satz 1 Buchstabe a) und b) sind ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlungen, Heilmittel, Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen sowie sonstige Heilmaßnahmen. In den Fällen des Satzes 1 Buchstabe a) und b) sind auch die im Zusammenhang mit der Behandlung entstandenen Aufwendungen nicht erstattungsfähig. Dies sind insbesondere Aufwendungen für abgegebene oder verordnete Arzneimittel, für verordnete Hilfsmittel oder für Fahrt- und Unterkunftskosten.'

1.3 `§ 30b Eigenbehalte, Zuzahlungen, Belastungsgrenzen`

1.3.1 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,
 - 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 5 Buchstabe f) 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-/Strahlentherapieentsprechend,
 - d) Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag,
 - e) Psychotherapie 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 Erkrankungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe g). Zusammen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr. Aufnahme- und Entlassstage 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.'

1.3.2 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 Mehrwertsteuer mindestens 30 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.'

1.3.3 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. dieser Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung 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 Kriegsopferfürsorge 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.'

1.4 `§ 31 Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen`

1.4.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für von Ärztinnen und Ärzten erbrachte Behandlungen oder Untersuchungen. Werden ambulante ärztliche Leistungen in einem Krankenhaus erbracht, sind diese Leistungen abweichend von § 30 Absatz 2 Satz 6 und 7 auch wirtschaftlich angemessen, wenn sie nach dem Normaltarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) abgerechnet worden sind.'

1.4.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

'(2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine

- a) Psychotherapie als
 - tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
 - analytische Psychotherapie,
 - Verhaltenstherapie,
 - systemische Therapie bei Personen ab 18 Jahren,
- b) psychosomatische Grundversorgung und
- c) psychotherapeutische Akutbehandlung,

die von Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder von Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten erbracht werden. Wegen des Inhalts, des Umfangs und der Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit finden die jeweils maßgeblichen Vorschriften der §§ 18 bis 21 Bundesbeihilfeverordnung und die Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 Bundesbeihilfeverordnung entsprechend Anwendung. Voraussetzung für eine Erstattungsfähigkeit der Psychotherapie nach Satz 1 Buchstabe a) ist, dass die Postbeamtenkrankenkasse vor Beginn der Behandlung die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen schriftlich anerkannt hat; dies gilt nicht bei Kurzzeittherapien bis zu 24 Sitzungen bei Einzel- oder Gruppentherapien oder bei probatorischen Sitzungen. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über die Anerkennung ein Gutachten zur Notwendigkeit, der Art und dem Umfang der Behandlung einzuholen, das von einer oder einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Gutachterin oder Gutachter zu erstellen ist.'

1.4.3 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

'(3) Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie zur Behandlung von akut erworbener Hirnschädigungen und Hirnerkrankungen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, sind erstattungsfähig. Wegen des Inhalts, des Umfangs und der Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit findet § 30a Bundesbeihilfeverordnung entsprechend Anwendung.'

1.4.4 Absatz 4 erhält folgende Fassung:

'(4) Die Mitglieder der Gruppe A haben die freie Wahl unter den an den Verträgen beteiligten

- a) Ärztinnen oder Ärzten,
- b) ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
- c) Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
- d) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die erbrachten Leistungen werden unmittelbar mit der Postbeamtenkrankenkasse abgerechnet. Im Übrigen finden die Regelungen des Absatz 1 bis 3 entsprechend Anwendung.'

1.5 `§ 32 Zahnärztliche Leistungen`

1.5.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

'(2) Aufwendungen für ambulante kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn

1. die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
2. bei schweren Kieferanomalien, insbesondere bei angeborenen Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers, skelettalen Dysgnathien oder verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen, eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt oder
3. die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr vollendet hat und
 - a) die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können,
 - b) keine Behandlungsalternative vorhanden ist und
 - c) erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion.

Voraussetzung für eine Erstattungsfähigkeit ist, dass die Postbeamtenkrankenkasse den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes sind erstattungsfähig. Die

Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über die medizinische Erforderlichkeit einer Behandlung nach Satz 1 Nummer 3 ein Gutachten eines Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft einzuholen. Die Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der von der Postbeamtenkrankenkasse genehmigten kieferorthopädischen Behandlung erstattungsfähig. Bei einem vom Mitglied oder der mitversicherten Person zu vertretenden Abbruch und einer späteren Fortsetzung einer kieferorthopädischen Behandlung bleiben nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die nach dem von der Postbeamtenkrankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplan noch nicht abgerechnet sind. Gleiches gilt für den Fall eines vom Mitglied oder der mitversicherten Person zu vertretenden Wechsels der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden.'

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 4 zu § 22 Absatz 1 Nummer 4 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.

Voraussetzung ist, dass die in Satz 1 genannten Produkte nach Art und Umfang ärztlich oder zahnärztlich schriftlich 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 Buch 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 nach der Anlage 5 zu § 22 Absatz 2 Nummer 1 der Bundesbeihilfeverordnung, bei deren Anwendung im konkreten Fall eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, es sei denn im Einzelfall steht die Behandlung einer anderen Krankheit im Vordergrund und
 - es gibt zur Behandlung dieser Krankheit keine anderen zugelassenen Arzneimittel oder
 - die anderen zugelassenen Arzneimittel sind im Einzelfall nicht verträglich oder haben sich als nicht wirksam erwiesen,
- 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,
 - nach der Anlage 6 zu § 22 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe c) der Bundesbeihilfeverordnung bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard gelten und mit dieser Begründung verordnet wurden,
 - 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.'

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. Voraussetzung 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.'

1.7.2 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

'(3) Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining sind in sinngemäßer Anwendung der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erstattungsfähig.'

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

1.8.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfeverordnung genannten und ärztlich verordneten

- a) Hilfsmittel,
- b) Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle und
- c) Körperersatzstücke,

wenn diese Gegenstände im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen und im Einzelfall die in der Anlage 11 genannten weiteren Voraussetzungen vorliegen. Die Postbeamtenkrankenkasse entscheidet darüber, ob ein Hilfsmittel, Gerät zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle der Anlage 11 zuzuordnen ist oder mit einem dort genannten Gegenstand vergleichbar ist. Sie ist befugt, hierzu ein Gutachten bei einzelnen Sachverständigen oder Sachverständigengesellschaften einzuholen; § 30 Absatz 2 Satz 4 und 5 gelten entsprechend. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn das Mitglied oder die mitversicherte Person selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen insbesondere durch Blutentnahmen und Injektionen die Gefahr einer Infektion besteht oder angenommen werden kann.'

1.8.2 Absatz 4 erhält folgende Fassung:

'(4) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für augenärztlich verordnete Sehhilfen zur Verbesserung der Sehstärke (Visus), sofern die maßgeblichen Voraussetzungen aus Abschnitt 4 Unterabschnitt 1 bis 3 der Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfeverordnung vorliegen; bei einer Ersatzbeschaffung einer Sehhilfe ist anstelle einer augenärztlichen Verordnung auch die Refraktionsbestimmung einer Optikerin oder eines Optikers ausreichend. Aufwendungen für von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnete vergrößernde Sehhilfen sind unter den Voraussetzungen von Abschnitt 4 Unterabschnitt 4 der Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfeverordnung erstattungsfähig; dies ist insbesondere der Fall bei optisch vergrößernden Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf und bei elektronischen vergrößernden Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 6-fachen Vergrößerungsbedarf. Aufwendungen für von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnete therapeutische Sehhilfen sind erstattungsfähig, wenn diese zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung nach Maßgabe von Abschnitt 4 Unterabschnitt 5 der Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfeverordnung erforderlich ist.'

1.9 `§ 37 Krankenhausleistungen`

1.9.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

'(2) Bei voll- und teilstationären Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern nach Absatz 1 sind Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz oder § 2 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung,
- b) gesondert berechnete Kosten für eine medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz oder – wenn eine Mitaufnahme der Begleitperson im Krankenhaus nicht möglich ist – die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung außerhalb des Krankenhauses,
- c) gesondert berechnete Entgelte für belegärztliche Leistungen nach § 18 Krankenhausentgeltgesetz oder § 16 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung,
- d) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen nach § 17 Krankenhausentgeltgesetz oder § 16 Satz 2 Bundespflegesatzverordnung, sofern diese gegenüber einem Mitglied der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C oder gegenüber einer bei diesem Mitglied mitversicherten Person erbracht worden sind; die §§ 31, 32 und 33 finden insoweit Anwendung.'

1.9.2 Absatz 3 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 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;
- b) bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach Absatz 1 Buchstabe a) nach dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in psychosomatischen Einrichtungen abgerechnet werden:

- das nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkataloges berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 Euro und
 - Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkataloges ausgewiesenen Beträgen und
 - ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkataloges bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes von 300 Euro,
- c) Entgelte für eine Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste.

Vor der Aufnahme in das Krankenhaus kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Postbeamtenkrankenkasse zur Prüfung eingereicht werden.'

1.10 `§ 38 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit`

1.10.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

'(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 umfasst

- a) Behandlungspflege,
- b) Grundpflege,
- c) hauswirtschaftliche Versorgung,
- d) verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen,
- e) ambulante psychiatrische Krankenpflege und
- f) ambulante Palliativversorgung.

Der Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für eine in den Buchstaben a) bis c) genannte Verrichtung ist ausgeschlossen, wenn hierfür Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder der Privaten Pflegepflichtversicherung gewährt werden. Abweichend hiervon sind Aufwendungen für Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung auch während einer vollstationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung erstattungsfähig, wenn die Behandlungspflege bei besonders hohem Bedarf für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich ist. Entsprechendes gilt bei einem – auch nur vorübergehend bestehenden – besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege in Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben dieser Räumlichkeiten gehört. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht erstattungsfähig.'

1.11 `§ 38c Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase`

1.11.1 § 38c wird neu eingefügt:

'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.'

1.12 `§ 39 Fahrtkosten`

1.12.1 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; die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist 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.'

1.12.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

'(2) Ohne ärztliche Verordnung sind Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- b) notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie,
- c) Fahrten nach Absatz 1 Buchstabe a) bis e) bei einem Mitglied oder einer mitversicherten Person mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind), „H“ (hilflos) oder einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5; das Mitglied ist verpflichtet, auf Verlangen der Postbeamtenkrankenkasse eine Kopie des Schwerbehindertenausweises oder der Leistungszusage der Pflegeversicherung vorzulegen, oder
- d) Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Postbeamtenkrankenkasse der Verlegung zugestimmt hat.

Das Mitglied ist verpflichtet, auf Verlangen der Postbeamtenkrankenkasse geeignete Nachweise vorzulegen, aus denen sich der Anlass der Fahrt ergibt.'

1.12.3 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

'(3) Wirtschaftlich angemessen sind nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Mitglieds oder der mitversicherten Person und dem Ort der nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort. Fahrten mit einem Taxi sind erstattungsfähig, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann.'

1.12.4 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.'

1.13 `§ 41 Soziotherapie`

1.13.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

'(2) Jede Verordnung von Soziotherapie bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Postbeamtenkrankenkasse. Dies gilt nicht für maximal fünf Therapieeinheiten, um die Wahrnehmung der Überweisung zu einer Ärztin oder einem Arzt mit entsprechender Gebietsbezeichnung oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten zur Überprüfung der Indikation für Soziotherapie zu ermöglichen sowie fünf Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit und zur Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans.'

1.14 `§ 42 Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen`

1.14.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet 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.'

1.14.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

'(2) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden, sind erstattungsfähig. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht erstattungsfähig.'

1.14.3 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

'(3) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind erstattungsfähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und der Postbeamtenkrankenkasse, Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfeträgern abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.'

1.14.4 Absatz 4 wird neu eingefügt:

'(4) Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischer oder psychosomatischer Institutsambulanz sind entsprechend § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erstattungsfähig.'

1.14.5 Absatz 5 wird neu eingefügt:

'(5) Bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Personen, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen

- a) durchgeführt werden im Anschluss an eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus nach § 37 Absatz 1 oder eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne von § 43 Absatz 1 Buchstabe a) oder Buchstabe c) und
- b) erforderlich sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.'

1.15 `§ 43 Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen`

1.15.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Aufwendungen nach Maßgabe des Absatz 5 sind erstattungsfähig für

- a) stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in einer stationären Einrichtung, die
 - gemäß § 111 Absatz 2 (i.V.m. § 107 Absatz 2) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassen ist,
 - von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben wird,
 - mit einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einen Vertrag nach § 21 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch abgeschlossen hat oder
 - in Ländern der Europäischen Union im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist,
- b) Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für das Mitglied oder mitversicherte Angehörige in gemäß § 111a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder zugelassenen gleichartigen Einrichtungen,
- c) familienorientierte Rehabilitationen für mitversicherte Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen und Mukoviszidose leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert,
- d) ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder in anderen geeigneten, wohnortnahen Einrichtungen,
- e) Anschlussheilbehandlungen als medizinische Rehabilitation in geeigneten Einrichtungen
 - im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung,
 - im Zusammenhang mit einem solchen Krankenhausaufenthalt oder
 - nach einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Strahlen- oder Chemotherapie,
- f) Suchtbehandlungen in geeigneten Einrichtungen als medizinische Rehabilitation oder Entwöhnung bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit und
- g) stationäre Rehabilitationsbehandlungen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sowie neurologischer Erkrankungen in einer in Buchstabe a) benannten stationären Einrichtung.'

1.15.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

'(2) Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist, dass die Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann. Das Mitglied hat der Postbeamtenkrankenkasse eine entsprechende ärztliche Verordnung vorzulegen. Bei einer Anschlussheilbehandlung und Suchtbehandlung nach Absatz 1 Buchstabe e) und f) muss die Rehabilitationsmaßnahme nach Art und Dauer in der ärztlichen Verordnung begründet sein. Bei der stationären Behandlung von neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gemäß Absatz 1 Buchstabe g) muss die ärztliche Verordnung durch einen entsprechenden Facharzt oder eine Fachärztin erstellt worden sein; anstelle einer solchen fachärztlichen Verordnung ist bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen auch die Vorlage einer entsprechenden Verordnung eines Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Psychologischen Psychotherapeutin ausreichend.'

1.15.3 Absatz 4 erhält folgende Fassung:

'(4) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a), b), d), f) oder g) 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. In Ausnahmefällen kann die Postbeamtenkrankenkasse die Erstattungsfähigkeit auch nachträglich anerkennen. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über die Anerkennung bei einem Sachverständigen oder einer Sachverständigen-gesellschaft ein Gutachten einzuholen

- a) über die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme,
- b) über die Geeignetheit der vorgesehenen Einrichtung,
- c) darüber, ob die Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
- d) darüber, ob eine Fahrt mit einem Taxi medizinisch notwendig ist, und
- e) über die medizinische Notwendigkeit einer Begleitperson.

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 in einer anderen als in der Anerkennung festgelegten Einrichtung durchgeführt wird.'

1.15.4 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 § 38a,
- e) Unterkunft, Verpflegung und Pflege,
- f) die An- und Abreise 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 Verdienstaussfall einer Begleitperson,
- j) die Kurtaxe, auch für die Begleitperson.

Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe d) sind Aufwendungen für die An- und Abreise 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.'

1.16. `§ 44 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort`

1.16.1 Absatz 5 erhält folgende Fassung:

'(5) Anerkannte Kurorte sind die Heilbäder und Kurorte, die vom Bundesministerium des Innern 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 durch Rundschreiben bekannten Übersicht enthalten ist, als geeignet anerkennen.'

1.16.2 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 § 38a,
- e) für Unterkunft und Verpflegung,
- f) die An- und Abreise 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.'

1.16.3 Absatz 8 erhält folgende Fassung:

'(8) Unabhängig von den in Absatz 1 und 2 geregelten Voraussetzungen sind Aufwendungen für eine ambulante Rehabilitation des Mitglieds oder der mitversicherten Person erstattungsfähig, wenn eine Behandlung wegen Neurodermitis oder Psoriasis in einem geeigneten Kurort am Toten Meer erfolgt. Voraussetzung ist, dass

- a) die Rehabilitationsmaßnahme ärztlich verordnet worden ist,
- b) die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind und
- c) durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist, dass die Behandlung wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten notwendig ist.

Die Aufwendungen sind nach Maßgabe des Absatzes 6 erstattungsfähig. Sie 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

Postbeamtenkrankenkasse kann zur Entscheidung, ob die Behandlung wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten notwendig ist, ein Gutachten bei einem Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft einholen. Absatz 4 findet Anwendung.'

1.17 `§ 45 Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen`

1.17.1 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 14a zu § 41 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.

Im Übrigen finden die Regelungen der §§ 25, 25a und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die hierzu ergangenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechend Anwendung.'

1.18 `§ 47 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch`

1.18.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind nach Maßgabe des § 43 der Bundesbeihilfeverordnung erstattungsfähig.'

1.18.2 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

'(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung zu Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und der ärztlich verordneten empfängnisregelnden Mittel sind erstattungsfähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr erstattungsfähig, es sei denn, die Mittel sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht erstattungsfähig.'

1.19 `§ 49 Beginn und Ende der Leistungen`

1.19.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit dem Beginn der Mitgliedschaft oder der Mitversicherung. Ansprüche gelten zu dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die Leistung erbracht worden ist, die der Aufwendung zugrunde liegt.'

1.20 `§ 50 Allgemeines zur Zusatzversicherung`

1.20.1 Absatz 2 Buchstabe d) erhält folgende Fassung:

'd) in der Ergänzungsstufe gemäß § 57 auf Leistungen für aufgewendete Auslagen, Material- und Laborkosten bei Zahnersatz und gemäß § 57a für die Anschaffung oder Reparatur von Sehhilfen und gemäß § 58 auf Tagegeld bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme und gemäß § 58a für Fahrtkosten bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme.'

1.21 `§ 55 Wartezeiten der Zusatzversicherung`

1.21.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Für jede Stufe der Zusatzversicherung besteht eine Wartezeit; dies gilt nicht für die AKV-Stufe. Ein Anspruch auf Erstattung von in der Wartezeit entstandenen Aufwendungen ist ausgeschlossen; maßgeblich für das Entstehen einer Aufwendung ist das Rechnungsdatum und bei Fahrtkosten das Datum der Fahrt. Für in der Wartezeit liegende Behandlungstage einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme, einer vollstationären Anschlussheilbehandlung oder einer vollstationären Suchtbehandlung wird kein Krankentagegeld oder Tagegeld gezahlt. Bei einer während der Wartezeit eintretenden Pflegebedürftigkeit besteht bis zum Ablauf der Wartezeit kein Anspruch auf Pflegetagegeld.'

1.21.2 Absatz 3 Buchstabe a) erhält folgende Fassung:

'a) der Erstattung von Aufwendungen

- für Sehhilfen 3 Monate,
- für Hörgeräte 6 Monate,
- für Auslagen, Material- und Laborkosten für Zahnersatz 8 Monate und
- für implantologische Leistungen einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten 8 Monate,
- für Fahrtkosten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen 8 Monate.'

1.22 `§ 57 Leistungen aus der Zusatzversicherung für Auslagen, Material- und Laborkosten bei Zahnersatz`

1.22.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Aus der Zusatzversicherung werden Aufwendungen für gemäß § 4 Absatz 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert abrechenbare Auslagen, Material und Laborkosten bei Zahnersatz erstattet, wenn diese Auslagen und Kosten bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummern 2130 bis 2320, 5000 bis 5340, 7080 bis 7100 und 9000 bis 9170 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind; gleiches gilt für gesondert abrechenbare Auslagen, Material- und Laborkosten gemäß Nummer 5 der Allgemeinen Bestimmungen des

Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen, wenn diese Auslagen und Kosten bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Teil 5 dieses Einheitlichen Bewertungsmaßstabes entstanden sind. Für jeden abgeschlossenen Schritt der Zusatzversicherung sind 20 von Hundert der Aufwendungen nach Satz 1 erstattungsfähig, höchstens jedoch insgesamt der Betrag, der nach Abzug von Erstattungen aus der Grundversicherung, von gewährter Beihilfe, von anderen Krankenversicherungsleistungen und von Leistungen anderer Kostenträger verbleibt.'

1.23 `§ 57a Leistungen aus der Zusatzversicherung für Sehhilfen`

1.23.1 Absatz 5 Buchstabe b) erhält folgende Fassung:

'b) ab dem zweiten Versicherungsjahr in der Ergänzungsstufe und der ISH-Stufe auf 180,- Euro'

1.24 `§ 58a Leistungen aus der Zusatzversicherung für Fahrtkosten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen`

1.24.1 Die Absätze 1-3 werden neu eingefügt:

'(1) Aus der Ergänzungsstufe werden Aufwendungen für Fahrtkosten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen erstattet. Voraussetzung ist, dass

- a) Leistungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) erbracht werden,
- b) Leistungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) nur deshalb nicht erbracht werden, weil gemäß § 43 Absatz 3 Satz 1 und 2 ein vorrangiger Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger besteht oder
- c) Leistungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) wegen nicht bestehender Grundversicherung nicht erbracht werden und ein anderer Kostenträger vergleichbare Leistungen erbringt.

(2) Erstattungsfähig sind

- a) bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die tatsächlich angefallenen Kosten bis zur niedrigsten Klasse,
- b) bei Fahrten mit Taxen die tatsächlich angefallenen Kosten und
- c) bei Fahrten mit privaten Kraftfahrzeugen 0,20 Euro je Entfernungskilometer

jeweils nach Abzug der hierfür erbrachten Leistungen aus der Grundversicherung, der gewährten Beihilfe und Leistungen eines Krankenversicherers oder eines sonstigen Kostenträgers.

(3) Die Leistungen sind für jeden abgeschlossenen Schritt der Ergänzungsstufe im Versicherungsjahr jeweils durch den Jahreshöchstsatz von 100,- Euro begrenzt.'

1.25 `§ 60 Leistungen aus der Zusatzversicherung bei implantologischen Leistungen einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten`

1.25.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

'(3) Die Leistungen aus der ISH-Stufe erfassen die Aufwendungen, die nach Abzug der Erstattungen aus der gewährten Beihilfe, von Leistungen eines anderen Krankenversicherers oder eines anderen Kostenträgers verbleiben. Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind in vollem Umfang und Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten in Höhe von 60 vom Hundert erstattungsfähig. Die Leistungen werden durch folgende Zweijahreshöchstsätze begrenzt:

- | | |
|--|--------------|
| a) im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf zusammen | 900,- Euro |
| b) im dritten und vierten Versicherungsjahr auf zusammen | 3.000,- Euro |
| c) ab dem fünften Versicherungsjahr für jeweils zwei Versicherungsjahre auf zusammen | 3.600,- Euro |

Maßgebender Zeitpunkt für die Zuordnung zum Versicherungsjahr ist das Datum der Rechnung.'

1.26 `Leistungsordnung A`

1.26.1 Nr. 8c wird neu eingefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
8c	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 38c)	
	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung besteht - in den übrigen Fällen 	<p>Sachleistung</p> <p>Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nr. 8c</p>

1.26.2 Nr. 9 erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen,
1	2	3
9	Fahrtkosten (§ 39)	
	<p>a) Rettungsfahrten und -flüge sowie Fahrten mit Krankentransportwagen</p> <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung besteht - in den übrigen Fällen 	<p>Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b</p> <p>Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 9 Buchstabe a)</p>
	b) Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 9 Buchstabe b)
	c) Fahrten mit privatem Kraftfahrzeug	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 9 Buchstabe c)
	<p>d) Fahrten mit Taxi, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann</p> <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung besteht - in den übrigen Fällen 	<p>Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b</p> <p>Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 9 Buchstabe d)</p>

1.26.3 Nr. 12 erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
12	Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen (§ 42)	
	Komplextherapie und Integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 12

1.26.4 Nr. 13, Buchstaben d), g), h) und p) erhalten folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
13	Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)	
	d) Unterkunft, Verpflegung und Pflege für Versicherte bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a) <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung bis höchstens 16,- € je Tag Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe d)
	g) Unterkunft und Verpflegung für eine Begleitperson bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e), f) und g) <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung bis höchstens 16,- € je Tag Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe f)
	h) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel, Heilmittel sowie Unterkunft, Verpflegung und Pflege bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a) in den Fällen des § 43 Absatz 7 <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Einrichtungsträger besteht - in den übrigen Fällen 	Sachleistung bis zur Höhe des niedrigsten pauschalen Tagespflegesatzes; der hierin enthaltene Anteil für Unterkunft, Verpflegung und Pflege ist auf 16,- € je Tag begrenzt Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe g)
	p) Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe p)

1.26.5 Nr. 14 Buchstabe h) wird neu eingefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
14	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 44)	
	h) Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe h)

1.27 `Leistungsordnung B`

1.27.1 Punkt II., Buchstabe l) wird neu eingefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
	Leistungsordnung B	
	II. Mitglieder der Gruppe B 1	
	(1) Bei Mitgliedern der Gruppe B 1 mit einem Anspruch auf Beihilfe nach § 80 Bundesbeamtengesetz in Verbindung mit der Bundesbeihilfeverordnung ist die Tarifklasse der jeweilige Prozentsatz, der den Bemessungssatz nach den §§ 46 Absatz 1 bis 3 und 47 Absatz 1 und 3 Bundesbeihilfeverordnung für die jeweils erstattungsfähigen Aufwendungen auf 100 Prozent ergänzt. Sofern kein abweichender Bemessungssatz nach § 47 Absatz 1 und 3 Bundesbeihilfeverordnung vorliegt, beträgt die Tarifklasse somit für entstandene Aufwendungen	
	l) des Mitglieds als Beihilfeberechtigten oder der mitversicherten Ehegattin, des mitversicherten Ehegatten, der mitversicherten Partnerin oder des mitversicherten Partners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft als Beihilfeberechtigte bzw. als Beihilfeberechtigten bei Inanspruchnahme von Elternzeit gemäß § 46 Absatz 3 Satz 5 der Bundesbeihilfeverordnung	30 Prozent

1.27.2 Nr. 2, Buchstabe d) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
2	Zahnärztliche Leistungen (§ 32)	
	d) gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Absatz 3 und § 9 der GOZ	beihilfefähige Aufwendungen (100 Prozent für Auslagen, Material- und Laborkosten)
	- bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummern 2130 bis 2320, 5000 bis 5340, 7080 bis 7100 und 9000 bis 9170 des Gebührenverzeichnisses der GOZ (mit Ausnahme der Indikationen gemäß § 32 Absatz 6 Buchstabe a) bis d))	beihilfefähige Aufwendungen (60 Prozent für Auslagen, Material- und Laborkosten)

1.27.3 Nr. 5 erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
5	<p>Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke (§ 35)</p>	
	<p>Anschaffung, Miete, Reparatur und Instandsetzung, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung von</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmitteln (z.B. Rollatoren, Rollstühle, Krankenpflegebetten, Sehhilfen), - Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle (z.B. Insulinpumpen, Inhalationsgeräte), - Körperersatzstücken (z.B. Bein-, Arm- und Augenprothesen, Perücken), <p>sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände</p>	<p>beihilfefähige Aufwendungen unter Berücksichtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> - der maßgeblichen Höchstbeträge nach § 35 Absatz 7 und 8 und - der Höchstbeträge nach der Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 BBhV; diese bestehen insbesondere bei - Hörgeräten in Höhe von 1.500,00 € je Ohr - Perücken in Höhe von 512,00 €, - Elektroscootern in Höhe von 2.500,00 € und - Sehhilfen in folgender Höhe: <p>für ein Einstärkenglas bis +/-6 Dioptrien (dpt):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphärisches Glas 31,00 € - zylindrisches Glas 41,00 €, <p>für ein Mehrstärkenglas bis +/-6 Dioptrien (dpt):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphärisches Glas 72,00 € - zylindrisches Glas 92,50 €, <p>zuzüglich 21,00 € je Glas bei Gläsern mit Gläserstärken über +/-6,</p> <p>zuzüglich 21,00 € je Glas für Dreistufen- oder Multifokalgläser,</p> <p>zuzüglich 21,00 € je Glas für Gläser mit prismatischer Wirkung,</p> <p>zuzüglich 21,00 € je Glas für Kunststoffgläser und hochbrechende mineralische Gläser (Leichtgläser), sofern die genannten Indikationen vorliegen,</p> <p>zuzüglich 11,00 € je Glas für Lichtschutzgläser oder fototrope Gläser, sofern die genannten Indikationen vorliegen</p> <p>abzüglich der</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigenbehalte nach § 30b und - Eigenanteile nach § 35 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3

1.27.4 Nr. 7, Buchstabe c) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
7	Krankenhausleistungen (§ 37)	
	c) gesondert berechnete Kosten für die medizinisch notwendige Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson	beihilfefähige Aufwendungen (höchstens 45,00 € täglich; eine Erstattung von Kosten für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahme tage sind, ist ausgeschlossen)

1.27.5 Nr. 8a, Buchstabe a) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
8a	Familien- und Haushaltshilfe (§ 38a)	
	a) Familien- und Haushaltshilfe	beihilfefähige Aufwendungen (je Stunde 0,32 Prozent der jeweils maßgeblichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch, aufgerundet auf volle Euro-Beträge; je Tag jedoch für höchstens 8 Stunden) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b

1.27.6 Nr. 8c wird neu eingefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
8c	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 38c)	
	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.	beihilfefähige Aufwendungen (Vergütungspauschale entsprechend § 15 der Bundesvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband mit den Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung vom 13. Dezember 2017 in Verbindung mit den Vergütungsvereinbarungen der jeweiligen Träger der Einrichtungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen)

1.27.7 Nr. 9 erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
9	Fahrtkosten (§ 39)	
	a) Rettungsfahrten und -flüge sowie Fahrten mit einem Krankentransportwagen	beihilfefähige Aufwendungen (nach dem jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechnete Beträge; sind keine Beträge bestimmt, gilt § 6 Absatz 3, Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 der BBhV) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
	b) Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln	beihilfefähige Aufwendungen (Kosten in Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse öffentlicher Verkehrsmittel) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b
	c) Fahrten mit privaten Kraftfahrzeugen	beihilfefähige Aufwendungen (0,20 € je Kilometer, höchstens jedoch 130,00 € je Fahrt, abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b; bei gemeinsamer Fahrt einer versicherten Person mit weiteren versicherten Personen sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal erstattungsfähig)
	d) Fahrten mit einem Taxi	beihilfefähige Aufwendungen (Kosten bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b

1.27.8 Nr. 12 erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
12	Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen (§ 42)	
	a) Komplextherapie	beihilfefähige Aufwendungen
	b) ambulante sozialpädiatrische Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren	beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Vergütung des Einrichtungsträgers mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit einem Sozialversicherungsträger)
	c) Integrierte Versorgung <ul style="list-style-type: none"> - in den Fällen, in denen eine Vereinbarung zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer besteht - in den übrigen Fällen 	Vereinbarte Pauschalvergütung beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Pauschalvergütung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit einem Beihilfeträger oder die Pauschalvergütung aus einem Vertrag zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

	d) Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen	beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Vergütung des Einrichtungsträgers mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit einem Sozialversicherungsträger)
	e) sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen	beihilfefähige Aufwendungen

1.27.9 Nr. 13 Ziffer 1, Buchstabe d), f) g) l) und o), Ziffer 2, Buchstabe b), c) und d) erhalten folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
13	Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)	
	1. Mitglieder der Gruppen B1, B2, B3 und C:	
	d) Unterkunft, Verpflegung und Pflege für Versicherte bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a)	16,- € je Tag
	f) Unterkunft und Verpflegung für eine Begleitperson bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e), f) und g)	16,- € je Tag
	g) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel, Heilmittel sowie Unterkunft, Verpflegung und Pflege bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a) in den Fällen des § 43 Absatz 7	niedrigster pauschaler Tagespflegesatz, der hierin enthaltene Anteil für Unterkunft, Verpflegung und Pflege ist auf 16,- € je Tag begrenzt
	l) An- und Abreise <ul style="list-style-type: none"> - mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln - mit privaten Kraftfahrzeugen - mit einem Taxi - mit einem Krankentransportwagen 	<p>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 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); 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)</p>
	o) Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson	beihilfefähige Aufwendungen
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	

	b) Unterkunft, Verpflegung und Pflege für Versicherte bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a)	Unterschied zwischen 16,- € und dem niedrigsten Satz der stationären Rehabilitationseinrichtung
	c) Unterkunft und Verpflegung für eine Begleitperson bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a), b), c), e), f) und g)	Unterschied zwischen 16,- € und dem niedrigsten Satz der stationären Rehabilitationseinrichtung
	d) Unterkunft, Verpflegung und Pflege bei Behandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a) in den Fällen des § 43 Absatz 7	Unterschied zwischen 16,- € und dem auf Unterkunft, Verpflegung und Pflege entfallenden Anteil

1.27.10 Nr. 14 Ziffer 1, Buchstabe f) und h), Ziffer 2 erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
14	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 44)	
	1. Mitglieder der Gruppen B1, B2, B3 und C:	
	f) An- und Abreise <ul style="list-style-type: none"> - mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln - mit privaten Kraftfahrzeugen - mit einem Taxi - mit einem Krankentransportwagen 	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 0,20 € je Entfernungskilometer insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme entsprechend der Nummer 9 Buchstabe d) entsprechend der Nummer 9 Buchstabe a)
	h) Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson	beihilfefähige Aufwendungen
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a) bis c)

1.27.11 Nr. 15 Buchstabe d) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
15	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 45 Absatz 1, 2 und 4)	
	1. Mitglieder der Gruppen B1, B2, B3 und C:	
	d) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko nach Nummer 1 der Anlage 14a zu § 41 der Bundesbeihilfeverordnung <ul style="list-style-type: none"> - Tumorgewebsdiagnostik nach Nummer 2 der Anlage 14a zu § 41 der Bundesbeihilfeverordnung - Genetische Analyse nach Nummer 3 der Anlage 14a zu § 41 der Bundesbeihilfeverordnung bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) 	beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 600,00 € pro Familie, jede weitere Beratung einer Person 300,00 €) beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 500,00 €) beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 3500,00 €)

	<ul style="list-style-type: none"> - Testung weiterer Angehöriger (prädiktiv oder diagnostisch) nach Nummer 3 der Anlage 14a zu § 41 der Bundesbeihilfeverordnung - Früherkennungsmaßnahmen für eine jährliche endoskopische Untersuchung des Magendarmtraktes einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien unter der Voraussetzung, dass ein Lynch- oder ein Polyposis-Syndrom vorliegt 	<p>beihilfefähige Aufwendungen (einmalig 350,00 €)</p> <p>beihilfefähige Aufwendungen (jährlich 540,00 €)</p>
--	---	---

2. Inkrafttreten

Die Änderungen zu den Textziffern (Tz) 1.1 bis 1.19, 1.22, 1.23 und 1.25 bis 1.27 treten zum 01.01.2021 in Kraft.

Die Änderungen zu den Tz 1.20, 1.21 und 1.24 treten zum 01.07.2021 in Kraft.“

2 Genehmigung der 103. Änderung der Satzung PBeaKK

Diese Satzungsänderung wurde mit Schreiben vom 07.01.2021 von der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation (BAnst PT) genehmigt.

Stuttgart, 13. Januar 2021 (Datum der amtlichen Bekanntmachung)