

GEMEINSAMES MINISTERIALBLATT

Seite 389

*der Beauftragten der Bundesregierung für Kultur und Medien
des Auswärtigen Amtes / des Bundesministeriums des Innern / des Bundesministeriums der Finanzen
des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit / des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung
und Landwirtschaft / des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / des Bundesministeriums
für Gesundheit und Soziale Sicherung / des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit
des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen
des Bundesministeriums für Bildung und Forschung
des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*

HERAUSGEGEBEN VOM BUNDESMINISTERIUM DES INNERN

55. Jahrgang

ISSN 0939-4729

Berlin, den 15. März 2004

Nr. 21

INHALT

Amtlicher Teil

Seite

Bundesministerium der Finanzen

Bek. d. BAnst PT v. 4. 2. 04, Bek. der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) über die vom Verwaltungsrat der PBeaKK gefassten Beschlüsse zur 48. Änd. der Satzung PBeaKK. 391

Beilage: Stellenausschreibungen

Amtlicher Teil

Bundesministerium der Finanzen

**Bekanntmachung
der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)
über die vom Verwaltungsrat der PBeaKK
gefassten Beschlüsse zur
48. Änderung der Satzung PBeaKK
– Bek. d. BAinst PT v. 4. 2. 2004 – 301-1 –**

48. Änderung der Satzung PBeaKK, beschlossen vom Verwaltungsrat in der 17.I. Sitzung am 28. 1. 2004; von der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation genehmigt am 4. 2. 2004.

“1 Die Satzung wird wie folgt geändert:

1.1 § 30

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt, die bisherigen Absätze 5, 6 und 7 werden Absätze 6, 7 und 8:

‘(5) Werden Leistungen nach den §§ 31 und 34 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, erstattungsfähig. Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen im Sinne von § 34 angehören müssen.’

1.2 Nach § 30 werden folgende §§ 30a und 30b eingefügt:

1.2.1 § 30a

‘§ 30a

Verträge mit Leistungserbringern

Die Postbeamtenkrankenkasse kann mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über Kassenangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. Dabei sollen auch feste Preise vereinbart werden, die deutlich unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen.’

1.2.2 § 30b

‘§ 30b

Eigenbehalte, Belastungsgrenzen

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

1. um 10 vom Hundert der Kosten, mindestens um 5,- €, höchstens um 10,- €, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
 - a) Arzneimitteln und Verbandmitteln nach § 33,
 - b) Hilfsmitteln nach § 35, bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens 10,- € für den Monatsbedarf je Indikation,
 - c) Fahrtkosten nach § 39,
2. um 10,- € je Kalendertag bei
 - a) vollstationären Krankenhausleistungen nach § 37 und im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen nach § 43 Absatz 2 höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,
 - b) Aufwendungen für Heilkuren nach § 44 Absatz 1 Satz 5,
3. um 10 vom Hundert der Kosten und 10,- € je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege nach § 38 Absatz 1 bis 4.

Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen bei Beförderungskosten nach § 39,
- b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- c) ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 45,
- d) Leistungen, soweit nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 und 4 der Beihilfevorschriften des Bundes vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind.

(2) Beträge nach Absatz 1 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für das Mitglied (ausgenommen Mitglieder gemäß Beschluss 2.7 Ziffer 5) und seine mitversicherten nicht selbst beihilfeberechtigten Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten, für den mitversicherten selbst beihilfeberechtigten Angehörigen allein die Belastungsgrenze überschreiten.

Diese beträgt

- a) 2 vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Absatz 7 Satz 5 der Beihilfevorschriften des Bundes;
- b) für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, 1 vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne

von § 9 Absatz 7 Satz 5 der Beihilfavorschriften des Bundes.

Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 vom Hundert und für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um den sich nach § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Die Postbeamtenkrankenkasse kann in Anlehnung an die Vorgaben des Bundesministeriums des Innern für ihre Mitglieder und mitversicherten Angehörigen, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und dergleichen teilnehmen, geringere als in Absatz 1 vorgesehene Abzugsbeträge festlegen.'

1.3 § 31

1.3.1 In Absatz 3 wird das Datum '1. 1. 2002' in '1. 1. 2004' geändert.

1.3.2 Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:
'(5) Bei der Erstattung von Aufwendungen gelten die Regelungen zu den Eigenbehalten und Belastungsgrenzen nach § 30b.'

1.4 § 33 wird wie folgt gefasst:

§ 33

Arzneimittel, Verbandmittel

(1) Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen sind erstattungsfähig, wenn sie vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach den §§ 31 und 32 verbraucht oder nach Art und Umfang schriftlich verordnet worden sind, abzüglich eines Eigenbehaltes für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel. Dies gilt auch für ärztlich verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies bei Säuglingen und Kleinkindern. Verordnete Arzneimittel müssen auf dem Rezept eine Pharmazentralnummer aufweisen, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden. Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, für die Festbeträge festgesetzt sind, werden in dem für die Anwendung der Beihilfavorschriften des Bundes vom 1. 1. 2004 geltenden Rahmen als erstattungsfähig anerkannt.

(2) Bei der Erstattung von Aufwendungen gelten die Regelungen zu Eigenbehalten und Belastungsgrenzen nach § 30b.

(3) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen

Bundesausschusses aufgrund § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,

b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Ausgenommen sind solche Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch aufgrund von § 34 Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Satz 2 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

(4) In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten erstattungsfähig, wenn diese aufgrund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig sind, bei

a) Ahornsirupkrankheit,

b) Colitis ulcerosa,

c) Kurzdarmsyndrom,

d) Morbus Crohn,

e) Phenylketonurie,

f) erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom),

g) Tumorthérapien (auch nach der Behandlung),

h) postoperativer Nachsorge,

i) Mukoviszidose mit starkem Untergewicht.

(5) Mitglieder der Gruppe A haben freie Wahl unter den an Verträgen beteiligten Apotheken. Diese rechnen die Vertragsätze direkt mit der Postbeamtenkrankenkasse ab.

(6) Für Mitglieder der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C gelten die Absätze 1 bis 4 bei Inanspruchnahme eines Heilpraktikers entsprechend. Mitglieder der Gruppe A erhalten bei Inanspruchnahme eines Heilpraktikers keine Leistungen.'

1.5 § 34

In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort 'Logopäden' die Angabe 'Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister oder Podologen' eingefügt.

1.6 § 35

Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

'(1) Aufwendungen für Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände sind in dem für die Anwendung der Beihilfavorschriften des Bundes vom 1. 1. 2004 geltenden Rahmen erstattungsfähig. Bei der Erstattung von Aufwendungen gelten die Regelungen zu Eigenbehalten und Belastungsgrenzen nach § 30b.'

1.7 § 37

1.7.1 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

‘(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, für vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung und dem Krankenhausentgeltgesetz sowie für andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen der §§ 31 bis 33 sind erstattungsfähig.

Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind die Kosten für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung erstattungsfähig.

Bei der Erstattung der Aufwendungen gelten die Regelungen zu Eigenbehalten und Belastungsgrenzen nach § 30b.’

1.7.2 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

‘(5) Vor Beginn der Behandlung, ausgenommen bei Noteinweisungen, ist grundsätzlich die schriftliche Kostenzusage der Postbeamtenkrankenkasse einzuholen bei

- a) Einweisungen in gemischte Krankenanstalten nach Absatz 4 und
- b) Einweisungen in Krankenhäuser, die weder unter Absatz 2 noch unter Absatz 4 aufgeführt sind (private Krankenhäuser ohne Verträge mit der gesetzlichen Krankenversicherung).

Sollte das Mitglied im Einzelfall versäumt haben, vor Beginn der Behandlung die schriftliche Kostenzusage einzuholen, werden Leistungen nur gewährt, wenn nachgewiesen wird, dass tatsächlich Krankenhausleistungen erbracht wurden.’

1.8 § 37a

Nach § 37 wird folgender § 37a eingefügt:

§ 37a

Aufwendungen in Hospizen

Mitglieder und mitversicherte Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Leistungen zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung erstattungsfähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. § 9 der Beihilfavorschriften des Bundes entsprechende Leistungen werden nicht erbracht. Die Leistungen sind insoweit zu min-

dern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendarischen Kosten überschritten werden.’

1.9 § 38

1.9.1 In Absatz 1 wird folgender Schlusssatz angefügt:

‘Bei der Erstattung der Aufwendungen gelten die Regelungen zu Eigenbehalten und Belastungsgrenzen nach § 30b.’

1.9.2 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

‘(5) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind erstattungsfähig. Voraussetzung ist, dass

- a) das sonst den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte bzw. mitversicherungsberechtigte Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 37, 40 Absatz 1, 43 und 44) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
- b) im Haushalt mindestens das Mitglied oder eine mitversicherte bzw. mitversicherungsberechtigte Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, ggf. auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann und
- d) das sonst den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte bzw. mitversicherungsberechtigte Person – ausgenommen Alleinerziehende – nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

Dies gilt auch für die ersten 7 Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung.

Die Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dies gilt auch für Begleitpersonen nach § 37 Absatz 6.

Die Voraussetzungen sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung eine an sich erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird. Entsprechendes gilt für alleinstehende Mitglieder.

Führen nahe Angehörige die Familien- und Haushaltshilfe durch, gilt Absatz 2 entsprechend.

Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für 6 Monate, in Ausnahmefällen für 12 Monate nach dem Todesfall erstattungsfähig. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter 12 Jahren oder pflegebedürftige

mitversicherte oder mitversicherungsberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe erstattungsfähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Absatz 2 genannten Personen sind – mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten – nicht erstattungsfähig.⁶

1.10 § 39 wird wie folgt gefasst:

§ 39 Beförderungskosten

(1) Aus Anlass einer Krankheit sind Aufwendungen für Fahrten erstattungsfähig

- a) im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder bei einer mit Einwilligung der Postbeamtenkrankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise,
- b) als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- c) als Begleitfahrten von Mitgliedern und mitversicherten Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
- d) zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung,
- e) zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Postbeamtenkrankenkasse.

Dabei sind Fahrtkosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung erstattungsfähig.

Höhere Fahrtkosten sind nur erstattungsfähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag erstattungsfähig.

Bei Fahrten nach den Buchstaben b und c sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge erstattungsfähig.

(2) Bei der Erstattung von Aufwendungen gelten die Regelungen zu den Eigenbehalten und Belastungsgrenzen nach § 30b.

Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 37 entstehenden Beförderungskosten ist der Zuzahlungsbetrag nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen im Sinne des § 31 (Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten – ambulanten – Chemo-/ Strahlentherapie.

(3) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
- b) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist.

(4) Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht erstattungsfähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Krankenhaus oder Sanatorium aufgenommenen Kindes als erstattungsfähig anerkannt werden, wenn nach Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner stationären Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; in diesen Fällen sind keine Eigenbehalte nach § 30b zu tragen.⁶

1.11 § 43

1.11.1 Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung, Satz 2 und 3 wird eingefügt:

‘(1) Die Postbeamtenkrankenkasse gewährt bei einer Sanatoriumsbehandlung Leistungen für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (§ 31), Arzneimittel, Verbandmittel (§ 33), Heilbehandlungen (§ 34), Familien- und Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 5 mit Ausnahme des Satzes 3), und einen Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 3 Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

Aufwendungen für die An- und Abreise sind unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel nach Entfernungskilometern erstattungsfähig. Die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Sanatorium zurückzulegenden Strecke. Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck erstattungsfähig.⁶

1.11.2 In Absatz 2 wird Satz 2 angefügt:
 ‘Bei der Erstattung der Aufwendungen gelten die Regelungen zu Eigenbehalten und Belastungsgrenzen nach § 30b.’

1.12 § 44

1.12.1 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst und die folgenden Sätze werden nach Satz 1 eingefügt:

‘(1) Die Postbeamtenkrankenkasse gewährt bei einer Heilkur Leistungen für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (§ 31), Arzneimittel, Verbandmittel (§ 33), Heilbehandlungen (§ 34), eine Familien- und Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 5 mit Ausnahme des Satzes 3) sowie einen Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen.

Aufwendungen für die An- und Abreise sind unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel nach Entfernungskilometern erstattungsfähig. Die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Unterkunft im Kurort zurückzulegenden Strecke. Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck erstattungsfähig.

Sofern die Aufwendungen nach den §§ 31, 32, 33 und 34 sowie für Unterkunft und Verpflegung pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Erstattungsfähigkeit auf den Pauschalpreis unter Minderung nach § 30b begrenzt.’

1.12.2 Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt. Die bisherigen Absätze 6 und 7 werden 7 und 8.

‘(6) Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung, sind nach Maßgabe des Absatzes 1 für das Mitglied und mitversicherte bzw. mitversicherungsberechtigte Angehörige erstattungsfähig. Die übrigen Bestimmungen des § 44 gelten sinngemäß. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.’

1.13 § 45

Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

‘(3) Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, jedoch nicht anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.’

1.14 § 46

1.14.1 Die Absatzbezeichnung ‘(1)’ wird gestrichen.

1.14.2 Absatz 2 wird aufgehoben.

1.15 § 47 wird wie folgt gefasst:

§ 47

Leistungen in Todesfällen

(1) Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Mitglieds erhalten Leistungen zu den bis zu dessen Tod entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Leistungen bemessen sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod.

Andere Personen erhalten diese Leistungen, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben. Sind diese Personen Erben des verstorbenen Mitglieds, erhalten sie Leistungen auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind.

Die Leistungen werden demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.

In Ausnahmefällen kann an Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer gezahlt werden.

(2) Mit der Gewährung der Leistungen nach Absatz 1 wird die Postbeamtenkrankenkasse von Ansprüchen Dritter freigestellt.’

1.16 § 48

1.16.1 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

‘(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn es sich um Aufwendungen nach den §§ 31 bis 42 und den §§ 45 bis 46 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und erstattungsfähig gewesen wären. Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder das Mitglied die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Postbeamtenkrankenkasse im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn das Mitglied mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt.’

1.16.2 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

‘(4) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland erstattungsfähig, wenn

- a) die Erstattungsfähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Erstattungsfähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaus-

- sicht zu erwarten ist. Die Anerkennung der Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Absätze 1, 2 und 6 zulässig. Ist die vorherige Anerkennung der Erstattungsfähigkeit unterblieben, werden Leistungen nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Erstattungsfähigkeit nachgewiesen sind,
- b) sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550,- € je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Versicherten aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.
- Aufwendungen nach Absatz 1 von Mitgliedern der Gruppe B 3 sind bei Dienstreisen ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland erstattungsfähig, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können.
- 1.16.3 Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
- ‘(6) Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 1 und § 44 Absatz 1 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind ausnahmsweise erstattungsfähig, wenn bei Antritt der Reise
- a) bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt ist, die Voraussetzungen des § 44 vorliegen und
- b) bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.
- Die Aufwendungen nach § 44 Absatz 1, mit Ausnahme des Zuschusses für Unterkunft und Verpflegung, sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland erstattungsfähig. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.’
- 1.17 § 56
- 1.17.1 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- ‘(1) Bei einer ärztlich verordneten vollstationären Behandlung, einer vollstationären Entbindung und einer vollstationären Organspende, bei denen das Krankenhaus ein Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflege-satzverordnung und dem Krankenhausentgelt-gesetz berechnet und bei denen ein Leistungsanspruch nach § 37 der Satzung oder nach § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch besteht, wird für jeden Aufenthaltstag im Krankenhaus ein Krankenhausstagegeld gezahlt. Dies gilt auch für Tage der Beurlaubung aus dem Krankenhaus aus medizinischen Gründen.
- Bei stationärer Versorgung in einem Hospiz nach § 37a wird das Krankenhausstagegeld nicht gezahlt.’
- 1.17.2 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
- ‘(5) Bei einer teilstationären, vorstationären oder nachstationären Behandlung in einem Krankenhaus oder in einem Hospiz wird das Krankenhausstagegeld nicht gezahlt.’
- 1.18 § 84 wird wie folgt gefasst:
- 1.18.1 ‘§ 84
- Widerspruchsverfahren
- (1) Gegen Entscheidungen der Postbeamten-krankenkasse ist vor Erhebung der Klage ein Widerspruchsverfahren durchzuführen.
- (2) Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats, nachdem die Entscheidung dem Mitglied schriftlich bekannt gegeben worden ist, schriftlich oder zur Niederschrift bei der Stelle einzureichen, die den Bescheid erlassen hat.
- (3) Hält die Postbeamtenkrankenkasse den Widerspruch für begründet, so hilft sie ihm ab und entscheidet über die Kosten. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, erlässt die Widerspruchsstelle den Widerspruchsbescheid.’
- 1.18.2 § 86 erhält folgende Fassung:
- ‘§ 86
- Klage
- Für Klagen gegen die Entscheidung der Widerspruchsstelle und für sonstige das Rechtsverhältnis des Mitglieds zur Postbeamtenkrankenkasse betreffende gerichtliche Verfahren ist das Verwaltungsgericht Stuttgart zuständig.’
- 1.19 Beschluss 3.1, Leistungen in besonderen Fällen
- Die Ausführungsbestimmung zur Hospizversorgung wird aufgehoben.
- 1.20 Beschluss 2.4
- Im letzten Satz wird das Datum ‘31. 12. 2003’ ersetzt durch das Datum ‘31. 12. 2008’.
- 1.21 Beschluss 3.2 wird wie folgt gefasst:
- ‘Beschluss 3.2**
- Leistungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch, nicht rechtswidriger Sterilisation und künstlicher Befruchtung**
- (1) Aufwendungen sind erstattungsfähig
- a) für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln,
- b) für ärztlich verordnete hormonelle Mittel (sog. Antibabypille) und Intrauterinpressare (sog. Spirale) zur Empfängnisverhütung bei Perso-

- nen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- c) aus Anlass eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,
 - d) für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.
- (2) Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs sind die Aufwendungen nach Maßgabe der §§ 31, 33, 37, 38 Absatz 5, 39 und 40 Absatz 1 erstattungsfähig.
- (3) Aus Anlass einer Sterilisation sind die Aufwendungen nach Maßgabe der §§ 31, 33, 37, 38 Absatz 5, 39 und 40 Absatz 1 erstattungsfähig, sofern die Sterilisation auf Grund einer Krankheit erforderlich ist.
- (4) Aufwendungen aus Anlass einer künstlichen Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sind den Regelungen des § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entsprechend erstattungsfähig.'

1.22 Leistungsordnung A

1.22.1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
1	Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (§ 31) ‘a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen b) Laboruntersuchungen und Röntgenleistungen bei Durchführung in Instituten, Krankenhäusern usw.	100 vom Hundert der Vertragssätze abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b 100 vom Hundert der Kassensätze abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b‘

1.22.2 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
2	Zahnärztliche Leistungen (§ 32) ‘a) Zahnärztliche Leistungen	100 vom Hundert der Vertragssätze bzw. der Vergütung, höchstens bis zur Höhe der erstattungsfähigen Höchstsätze nach der Leistungsordnung B abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b‘

1.22.3 Nummer 3 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
3	Arzneimittel, Verbandmittel (§ 33) ‘a) Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen	100 vom Hundert der Vertragssätze bzw. Kosten abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b‘

1.22.4 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
5	Hilfsmittel (§ 35) a) Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz von Hilfsmitteln, von Geräten zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücken sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände b) Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind und Schaumstoff-Therapie-Schuhe c) Perücken d) Hörgeräte (einschließlich Nebenkosten) e) Betrieb und Unterhaltung, ausgenommen die Batterien für Hörgeräte von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und die Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen Sollte das Mitglied im Einzelfall versäumt haben, die vorherige Genehmigung einzuholen, können Kassenleistungen bis zur Höhe des in Spalte 3 festgelegten Rahmens gewährt werden.	100 vom Hundert der Vertrags- oder Kassensätze bzw. der Kosten, höchstens bis zur Höhe der erstattungsfähigen Höchstsätze nach der Leistungsordnung B abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b 100 vom Hundert der Kosten, soweit sie den Betrag von 64,- € übersteigen 100 vom Hundert der Kosten, jedoch höchstens 512,- € 100 vom Hundert der Kassensätze bzw. der Kosten, jedoch höchstens 1025,- € je Ohr ¹⁾ , Aufwendungen für eine medizinisch notwendigen Fernbedienung sind daneben erstattungsfähig 100 vom Hundert der Kosten, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über den Betrag von 100,- € hinausgehen

1) Der Höchstbetrag gilt bis zum 30. 6. 2004⁴

1.22.5 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
‘7	Krankenhausleistungen (§ 37) a) Vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung (§ 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) b) Vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung und dem Krankenhausentgeltgesetz, und zwar allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2, §§ 10, 14 und 24 Bundespflegesatzverordnung, § 2 Absatz 2, §§ 7 und 8 Krankenhausentgeltgesetz) c) Gesondert berechnete belegärztliche Leistungen (§ 23 Absatz 1 Bundespflegesatzverordnung) d) Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses	100 vom Hundert der Kosten 100 vom Hundert der Kosten abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b 100 vom Hundert der Vertragssätze nach der Nummer 1 abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b 100 vom Hundert der Kosten, jedoch höchstens 13,- € täglich‘

1.22.6 Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
‘7a	Aufwendungen in Hospizen (§ 37a) Aufwendungen bei stationärer und teilstationärer Versorgung in Hospizen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch	100 vom Hundert der Kosten, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt‘

1.22.7 Nach Nummer 8 Buchstabe c wird Buchstabe d angefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
8	Häusliche Krankenpflege, Familien- und Haushaltshilfe (§ 38) ‘d) Fahrtkosten bei Familien- und Haushaltshilfe bei Unterbringung im Haushalt von Personen nach § 38 Absatz 2 (nahe Angehörige)	100 vom Hundert der Kosten, höchstens bis zur Höhe der erstattungsfähigen Höchstsätze nach der Leistungsordnung B‘

1.22.8 Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
‘9	Beförderungskosten (§ 39) a) im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden (bei Verlegungsfahrten nur aus zwingenden medizinischen Gründen oder mit Einwilligung der Postbeamtenkrankenkasse; nicht bei Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise) b) in Form von Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist) c) in Form von Krankentransportfahrten (Begleitfahrten mit fachlicher Betreuung und den besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens) d) zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist e) zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung durch die Postbeamtenkrankenkasse	100 vom Hundert der Kosten, höchstens bis zur Höhe der erstattungsfähigen Höchstsätze nach der Leistungsordnung B 100 vom Hundert der Kosten, höchstens bis zur Höhe der erstattungsfähigen Höchstsätze nach der Leistungsordnung B 100 vom Hundert der Kosten, höchstens bis zur Höhe der erstattungsfähigen Höchstsätze nach der Leistungsordnung B 100 vom Hundert der Kosten, höchstens bis zur Höhe der erstattungsfähigen Höchstsätze nach der Leistungsordnung B 100 vom Hundert der Kosten, höchstens bis zur Höhe der erstattungsfähigen Höchstsätze nach der Leistungsordnung B‘

1.22.9 In Nummer 11 wird bei Buchstabe a in Spalte 3 der Verweis ‘Nummern 1, 2, 3, 4a, 7, 8c, 9 und 10‘ geändert in ‘Nummern 1, 2, 3, 4a, 7, 8c, 8d, 9 und 10‘.

1.22.10 Nummer 13 Buchstabe e, g und h werden wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
13	Sanatoriumsbehandlungen (§ 43) ‘e) Unterkunft, Verpflegung und Pflege für Versicherte bei Behandlungen nach § 43 Absatz 2 ‘g) Familien- und Haushaltshilfe h) An- und Abreise	100 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b‘ 100 vom Hundert der Kosten nach den Nummern 8c und 8d 0,20 € je Entfernungskilometer, höchstens bis 200,– €‘

1.22.11 Nummer 14 Buchstabe d und e werden wie folgt gefasst, Buchstabe f wird angefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
14	Heilkuren (§ 44) 'd) Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen e) Pauschalabrechnung der Aufwendungen nach den Buchstaben a bis d nach Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger f) An- und Abreise	100 vom Hundert der Kosten bis zu 16,- € je Tag, soweit die Aufwendungen über 12,50 € täglich hinausgehen 100 vom Hundert der Kosten abzüglich des Eigenbehalts nach § 30b Absatz 1 0,20 € je Entfernungskilometer, höchstens bis 200,- €

1.22.12 Nummer 17

1.22.12.1 Bei Buchstabe b in Spalte 3 wird der Verweis 'Nummern 1, 2, 3, 4a, 7, 8c, und 9' geändert in 'Nummern 1, 2, 3, 4a, 7, 8c, 8d, und 9'.

1.22.12.2 Buchstabe f wird aufgehoben.

1.22.13 Nummer 18 wird aufgehoben.

1.23 Leistungsordnung B

1.23.1 In Ziffer 1.1 (Rahmenbestimmung) wird das Datum '1. 1. 2002' in '1. 1. 2004' geändert.

1.23.2 In Nummer 1 werden nach Buchstabe j unter 1. Mitglieder der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C die Buchstaben k und l angefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
1	Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Verrichtungen durch Heilpraktiker (§ 31) 'k) für Versicherte, die Eigenbehalte zu tragen haben l) bei ambulanten bzw. voll- oder teilstationären Komplextherapien, bei pauschaler Abrechnung	Leistungen der Buchstaben a bis i abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen

1.23.3 In Nummer 2 wird nach Buchstabe d Buchstabe e angefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
2	Zahnärztliche Leistungen (§ 32) 'e) für Versicherte, die Eigenbehalte zu tragen haben	Leistungen der Buchstaben a bis c abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b

1.23.4 Nummer 3 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
3	Arzneimittel, Verbandmittel (§ 33) ‘a) Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen	beihilfefähige Aufwendungen abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b‘

1.23.5 In Nummer 4 wird nach Buchstabe b Buchstabe c angefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
4	Heilbehandlungen (§ 34) ‘c) bei ambulanten bzw. voll- oder teilstationären Komplextherapien, bei pauschaler Abrechnung	beihilfefähige Aufwendungen‘

1.23.6 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
‘5	Hilfsmittel (§ 35) a) Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz von Hilfsmitteln, von Geräten zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücken sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände b) Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind und Schaumstoff-Therapie-Schuhe c) Perücken d) Hörgeräte (einschließlich Nebenkosten) e) Betrieb und Unterhaltung, ausgenommen die Batterien für Hörgeräte von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und die Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen f) Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers (für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres bei bestimmten Augenerkrankungen)	 beihilfefähige Aufwendungen abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen (soweit sie den Betrag von 64,- € übersteigen) beihilfefähige Aufwendungen (höchstens 512,- €) beihilfefähige Aufwendungen (höchstens 1025,- € je Ohr ¹), Aufwendungen für eine medizinisch notwendigen Fernbedienung sind daneben erstattungsfähig beihilfefähige Aufwendungen (soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über den Betrag von 100,- € hinausgehen) beihilfefähige Aufwendungen (bis zu 13,- €)

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
	g) Sehhilfen (für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres bei bestimmten Augenerkrankungen)	beihilfefähige Aufwendungen (Brillen einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung: – vergütete Gläser mit Gläserstärken bis zu +/- 6 Dioptrien: – Einstärkengläser: - sphärisches Glas 31,- €, - cylindrisches Glas 41,- €; – Mehrstärkengläser: - sphärisches Glas 72,- €, - cylindrisches Glas 92,50 €; – Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien zuzüglich je Glas 21,- €; – Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas 21,- €; – Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 21,- €; – Kunststoffgläser, Leichtgläser [hochbrechende Gläser] zuzüglich je Glas 21,- €; – getönte Gläser [Lichtschutzgläser] und phototrope Gläser zuzüglich je Glas 11,- €; – Kurzzeitlinsen [sphärisch], ohne zusätzliche Indikationen, bis zu 154,- € im Kalenderjahr; – Kurzzeitlinsen [torisch], ohne zusätzliche Indikationen, bis zu 230,- € im Kalenderjahr; – Brillenfassung bis zu 52,- € für Schulkinder, die während des Schulsports eine Sportbrille tragen müssen.)

1) Der Höchstbetrag gilt bis zum 30. 6. 2004¹

1.23.7 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
‘7	Krankenhausleistungen (§ 37) 1. Mitglieder der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C: a) Vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung (§ 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) b) Vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung und dem Krankenhausentgeltgesetz, und zwar allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2, §§ 10, 14 und 24 Bundespflegesatzverordnung, § 2 Absatz 2, §§ 7 und 8 Krankenhausentgeltgesetz) c) Gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 Bundespflegesatzverordnung, §§ 16 und 17 Krankenhausentgeltgesetz) d) Gesondert berechnete belegärztliche Leistungen (§ 23 Absatz 1 Bundespflegesatzverordnung) e) Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses 2. Mitglieder der Gruppe B 3 (siehe 1.2.4): a) Gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 Bundespflegesatzverordnung, §§ 16 und 17 Krankenhausentgeltgesetz) und gesondert berechnete belegärztliche Leistungen (§ 23 Absatz 1 Bundespflegesatzverordnung) b) Gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 Bundespflegesatzverordnung)	beihilfefähige Aufwendungen beihilfefähige Aufwendungen abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a bis g und k entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a, b, c, d, f, g und k beihilfefähige Aufwendungen (bis zu 13,– € je Tag) entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 2 Buchstabe a und b beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich 14,50 € täglich; umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit 3 und mehr Betten und werden als gesondert berechnete Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, werden 50 vom Hundert dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 € täglich anerkannt)‘

1.23.8 Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
‘7a	Aufwendungen in Hospizen (§ 37a) Aufwendungen bei stationärer und teilstationärer Versorgung in Hospizen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch	beihilfefähige Aufwendungen (höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt)‘

1.23.9 Nummer 8

1.23.9.1 Bei Buchstabe a werden in Spalte 3 nach dem Klammervermerk die Worte ‘abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b’ angefügt.

1.23.9.2 Nach Buchstabe c wird Buchstabe d angefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
8	Häusliche Krankenpflege, Familien- und Haushaltshilfe (§ 38) 'd) Fahrtkosten bei Familien- und Haushaltshilfe bei Unterbringung im Haushalt von Personen nach § 38 Absatz 2 (nahe Angehörige)	beihilfefähige Aufwendungen (bis zu 36,- € täglich)'

1.23.10 Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
'9	Beförderungskosten (§ 39) a) im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden (bei Verlegungsfahrten nur aus zwingenden medizinischen Gründen oder mit Einwilligung der Postbeamtenkrankenkasse; nicht bei Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise) b) in Form von Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist) c) in Form von Krankentransportfahrten (Begleitfahrten mit fachlicher Betreuung und den besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens) d) zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist e) zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung durch die Postbeamtenkrankenkasse	beihilfefähige Aufwendungen (Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel oder höhere Fahrtkosten, sofern unvermeidbar; bei Benutzung privater PKW 0,22 € je gefahrenem km) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen (nach jeweiligem Landesrecht berechnete Beträge) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen (nach jeweiligem Landesrecht berechnete Beträge) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen (wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200,- €) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b beihilfefähige Aufwendungen (bei Benutzung privater PKW 0,22 € je gefahrenem km oder höhere Fahrtkosten, sofern unvermeidbar) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b'

1.23.11 In Nummer 11 wird bei Buchstabe a in Spalte 3 unter 1. Mitglieder der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C der Verweis 'Nummern 1 unter Ziffer 1, 2, 3, 4a, 7 unter Ziffer 1, 8c, 9 und 10' geändert in 'Nummern 1 unter Ziffer 1, 2, 3, 4a, 7 unter Ziffer 1, 8c, 8d, 9 und 10'.

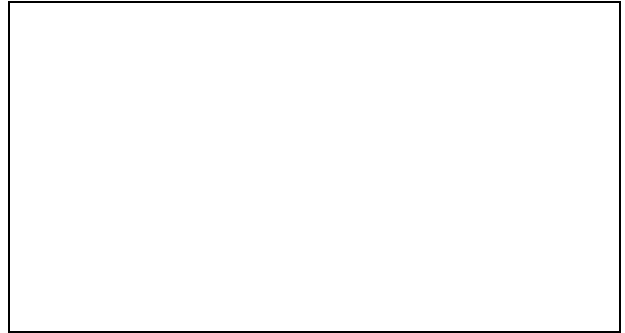
1.23.12 In Nummer 13 werden Buchstabe a, e, g und h unter 1. Mitglieder der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
13	Sanatoriumsbehandlungen (§ 43)	
	‘a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a bis i und k‘
	‘e) Unterkunft, Verpflegung und Pflege für Versicherte bei Behandlungen nach § 43 Absatz 2	niedrigster Satz des Sanatoriums abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b‘
	‘g) Familien- und Haushaltshilfe	entsprechend der Nummer 8 Buchstabe c und d
	h) An- und Abreise	0,20 € je Entfernungskilometer, höchstens bis 200,– €‘

1.23.13 In Nummer 14 werden Buchstabe a, d und e unter 1. Mitglieder der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C wie folgt gefasst, Buchstabe f wird angefügt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
14	Heilkuren (§ 44)	
	‘a) Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	entsprechend der Nummer 1 unter Ziffer 1 Buchstabe a bis i und k‘
	‘d) Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen	beihilfefähige Aufwendungen (bis zu 16,– € je Tag, soweit die Aufwendungen über 12,50 € täglich hinausgehen)
	e) Pauschalabrechnung der Aufwendungen nach den Buchstaben a bis d nach Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger	beihilfefähige Aufwendungen abzüglich des Eigenbehalts nach § 30b Absatz 1
	f) An- und Abreise	0,20 € je Entfernungskilometer, höchstens bis 200,– €‘

HERAUSGEBER:
Bundesministerium des Innern
11014 Berlin (Postanschrift)
Alt-Moabit 101 D, 10559 Berlin (Hausanschrift)
Fernruf: 0 18 88/6 81-0
Telefax: 0 18 88/6 81-29 26
e-mail: poststelle@bmi.bund400.de



1.23.14 Nummer 17

1.23.14.1 Bei Buchstabe b in Spalte 3 wird unter 1. Mitglieder der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C der Verweis 'Nummern 1, 2, 3, 4a, 7 unter Ziffer 1, 8c und 9' geändert in 'Nummern 1, 2, 3, 4a, 7 unter Ziffer 1, 8c, 8d und 9'.

1.23.14.2 Buchstabe f wird unter 1. Mitglieder der Gruppe B 1, B 2, B 3 und C aufgehoben.

1.23.14.3 Unter 2. Mitglieder der Gruppe B 3 wird Buchstabe d aufgehoben.

1.23.15 Nummer 18 wird aufgehoben.

2 Inkrafttreten

2.1 Die Änderungen (außer Tz. 1.18 bis zu Tz. 1.18.2) treten rückwirkend zum 1. 1. 2004 in Kraft.

Abweichend von Satz 1 treten die Änderungen nach Ziffer 1.4 in § 33 Absatz 1 Satz 3 und in Absatz 3 an dem Tag in Kraft, an dem die nächste Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung in Kraft tritt. Den Tag des Inkrafttretens gibt das Bundesministerium des Innern im Gemeinsamen Ministerialblatt bekannt.

2.2 Die Änderungen zu Tz. 1.18 bis zu Tz. 1.18.2 treten am 1. 4. 2004 in Kraft.“