



Die Bundesbeihilfeverordnung



Die Bundesbeihilfeverordnung

- 41----- Das Beihilferecht des Bundes
- 42----- Beihilfeberechtigung (§ 2 BBhV)
- 44----- Bemessungssätze in der Beihilfe (§ 46 BBhV)
- 46----- Beihilfeantrag (§ 51 BBhV)
- 47----- Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
- 50----- Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH)
- 51----- Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen
- 56----- Kostenübernahme von Arbeitsunfähigkeits-/Bescheinigungen für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähige Angehörigen
- 56----- Anrechnung von Leistungen
- 56----- Nicht beihilfefähige Aufwendungen (§ 8 BBhV)
- 56----- Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln
- 58----- Eigenbehalte und Belastungsgrenzen (§§ 49 und 50 BBhV)
- 59----- Aufwendungen bei Krankheit
- 62----- Neuordnung der Bundesbeihilfeverordnung
- 63----- Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel
- 69----- Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel
- 71----- Zahnärztliche Leistungen (§§ 14 ff. BBhV)
- 72----- Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahmen (§ 41 BBhV)
- 73----- Aufwendungen bei Geburten
- 74----- Beihilfe im Ausland (§ 11 BBhV)
- 74----- Beihilfe nach dem Tod des Beihilfeberechtigten
- 75----- Dauernde Pflegebedürftigkeit (§§ 37 BBhV ff.)

Das Beihilferecht des Bundes

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge des Dienstherrn gegenüber dem Beamten und seiner Familie. Beihilfen werden in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen gewährt. Die Beihilfe ersetzt nicht die von dem Beamten für sich und seine Familie aus den laufenden Bezügen zu bestreitende Eigenvorsorge, sondern ergänzt diese. Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch.

Für den Bund ist dieser Anspruch in § 80 Bundesbeamtengesetz sowie seit dem 14. Februar 2009 durch die neu gestaltete Bundesbeihilfeverordnung geregelt.



Die wichtigsten Änderungen der Bundesbeihilfeverordnung gegenüber den früheren Beihilfevorschriften des Bundes

- Reduzierung der Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Angehörige auf 17.000 Euro (mit Übergangsregelung)
- Nachweis des Einkommens für berücksichtigungsfähige Angehörige durch jährliche Vorlage des Steuerbescheides
- Zuordnung von Kindern bei mehreren Beihilfeberechtigten entsprechend dem Familienzuschlag
- Erweiterung des Umfangs, Anpassung der Höhe und Eigenbehalte bei Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe
- Befreiung von Eigenbehalten bei bestimmten Arzneimitteln
Wegfall von Eigenbehalten bei Arzneimitteln, wenn der Verkaufspreis mindestens 30 Prozent niedriger als der Festbetrag ist.

Änderungen über die Anerkennung beihilfefähiger Aufwendungen

- Ärztliche Bescheinigungen und Gutachten, die vom Dienstherrn oder der Beihilfefestsetzungsstelle benötigt werden (wie z. B. Dienstunfähigkeitsbescheinigung oder Gutachten für Rehabilitationsmaßnahmen) werden zu 100 Prozent von der Beihilfefestsetzungsstelle getragen.
- Aufwendungen für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind keine notwendigen Aufwendungen und somit nicht beihilfefähig.
- Neuregelung der Erstattung von Implantaten
Die medizinischen Indikationen für eine Implantatversorgung wurden dem aktuellen Stand der Zahnmedizin entsprechend überarbeitet. Ohne Indikationen sind zwei Implantate pro Kiefer beihilfefähig. Aufwendungen der Suprakonstruktion bei Implantatversorgung sind immer beihilfefähig.
- Bei der zahlenmäßigen Begrenzung der Beihilfe zu Implantaten dürfen nur Implantate angerechnet werden, die ganz oder teilweise aus öffentlichen Kassen bezahlt worden sind.
- Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahren nach Abschluss beihilfefähig, wenn die Beihilfefestsetzungsstelle die vorangegangene kieferorthopädische Behandlung genehmigt hat.
- Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die außerhalb der EU entstanden sind, sind bis zu einer Höhe von 1000 Euro ohne Beschränkung beihilfefähig.

Die Bundesbeihilfeverordnung

- Beihilfefähige Aufwendungen der vorübergehenden häuslichen Krankenpflege werden ohne zeitliche Begrenzung anerkannt.
- Anerkennung von Aufwendungen für häusliche Krankenpflege auch außerhalb des eigenen Haushalts.
- Anerkennung von Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
- Anerkennung von Aufwendungen für Rehabilitationssport unter ärztlicher Aufsicht und entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining.



Weitere Änderungen im Jahr 2011 durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Durch die Zweite Änderungsverordnung werden eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner als berücksichtigungsfähige Angehörige rückwirkend zum 1. Januar 2009 in die Bundesbeihilfeverordnung aufgenommen.

Durch die Geltendmachung von Abschlägen für Arzneimittel wird darauf verzichtet, die von den Beihilfeberechtigten vorgelegten Belege zurück zu senden, weil diese für Prüfzwecke bereitzuhalten sind. Hintergrund dafür ist, dass nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel alle Beihilfestellen sowie die privaten Krankenkassen – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung praktiziert – Rabatte für Arzneimittel geltend machen können. So können z.B. für verschreibungspflichtige Arzneimittel 6 % des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers (ohne Mehrwertsteuer) oder 10 % für patentfreie, wirkungsgleiche Arzneimittel geltend gemacht werden; keine Rabatte gibt es auf Festbetragsarzneimittel. Diese Rabatte dienen u.a. dazu, die Beihilfeausgaben einzudämmen und einer Verbesserung der Prämienentwicklung in der privaten Krankenversicherung.

Beihilfeberechtigung (§ 2 BBhV)

Beihilfeberechtigt sind:

- Beamte und Richter, es sei denn, das Dienstverhältnis ist auf weniger als ein Jahr befristet und sie sind nicht mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt,
- Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
- Witwen, Witwer sowie Kinder (Waisen und Halbwaisen) eines verstorbenen Beamten auf Lebenszeit, verstorbenen Ruhestandsbeamten oder verstorbenen Beamten auf Probe, der an den Folgen einer Dienstbeschädigung gestorben ist.

Die Beihilfeberechtigung besteht, wenn die genannten Personen Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren aufgrund gesetzlichen Anspruchs, Witwen-/Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten oder wenn wegen anzuwendender Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften Bezüge nicht bezahlt werden. Bei Urlaub bis zu einem Monat unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubs-

Die Bundesbeihilfeverordnung

verordnung bleibt die Beihilfeberechtigung bestehen. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter sind nicht beihilfeberechtigt.

Berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 4 BBhV)

Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Unter berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind der Ehegatte (bzw. Lebenspartner) des Beihilfeberechtigten, der nicht selbst beihilfeberechtigt ist, sowie die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten zu verstehen. Die Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt ebenfalls als berücksichtigungsfähige Angehörige.

Die Aufwendungen des Ehegatten sind nicht beihilfefähig, wenn dessen Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe einen Gesamtbetrag von 17.000 Euro übersteigen. Jedoch besteht eine Übergangsregelung für Ehegatten, die bislang die 18.000 Euro-Grenze in Anspruch genommen haben: Hier bleibt es bis zum erstmaligen Überschreiten bei der alten Grenze. Grundsätzlich ist für berücksichtigungsfähige Angehörige durch jährliche Vorlage des Steuerbescheides das jeweilige Einkommen nachzuweisen!

Ist der berücksichtigungsfähige Angehörige nach beamtenrechtlichen oder anderen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt, so geht diese eigene Beihilfeberechtigung einer Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

Beihilfe für Aufwendungen eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen wird bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einem von ihnen gewährt.

Verzicht auf die Bindung des Beihilfeanspruchs an die Beachtung der Pflicht zur Versicherung

Ab 1.1.2009 sind auch Beamte mit Wohnsitz in Deutschland von der Krankenversicherungspflicht erfasst und müssen über den von der Beihilfe nicht gedeckten Teil („Restkostenversicherung“) eine ergänzende Versicherung abschließen. Der Nachweis des ergänzenden Krankenversicherungsschutzes wird nur für die Beihilfefestsetzung benötigt; ein Beihilfeanspruch besteht auch dann, wenn kein Krankenversicherungsschutz besteht. Es ist jedoch zu beachten, dass dadurch die Regelungen zur Versicherungspflicht – auch für Beamte – dennoch daneben weiter bestehen.

Beihilfeberechtigung in der Elternzeit

Beamtinnen und Beamte haben Anspruch auf Elternzeit ohne Dienst- bzw. Anwärterbezüge; dies regelt die Elternzeitverordnung. Während der Elternzeit besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge. Dabei werden Beamtinnen und Beamten für die Dauer der Elternzeit die Beiträge zur ergänzenden Kranken- und Pflegeversicherung bis zu monatlich 31 Euro erstattet, wenn die Dienst- oder Anwärterbezüge die Versicherungspflichtgrenze in der GKV nicht überschreiten. Bei gemeinsamer Elternzeit steht der Betrag nur dem Elternteil zu, bei dem das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt wird oder berücksichtigt werden soll. Auf Antrag können die Beamten bis BesGr. A 8 die Beiträge in voller Höhe erstattet bekommen. Für freiwillig in der GKV versicherte Beamte bestehen ebenfalls Erstattungsregelungen.





Beihilfe bei familienbedingter Teilzeit und Beurlaubung

Beamtinnen und Beamten mit familienbedingter Teilzeit bzw. Beurlaubung nach § 92 Abs. 1 Bundesbeamtengesetz steht während dieser Zeit ebenfalls ein Beihilfeanspruch zu:

■ Während der Zeit der Beurlaubung ohne Besoldung besteht in diesen Fällen ein Anspruch auf Leistungen der Krankheitsfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen. Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger einer oder eines Beihilfeberechtigten wird oder in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist.

■ Beamtinnen und Beamte, die die Voraussetzungen des Pflegezeitgesetzes erfüllen, erhalten für die Dauer der Pflegezeit Leistungen entsprechend § 44a Abs. 1 SGB XI.



§ 193 Versicherungsvertragsgesetz

Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder [...].

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

Bemessungssätze in der Beihilfe (§ 46 BBhV)

Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. Der Bemessungssatz beträgt für beihilfefähige Aufwendungen

- des Beihilfeberechtigten 50 Prozent
- des Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr Kindern 70 Prozent
- des beihilfeberechtigten Versorgungsempfängers 70 Prozent
- des berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 Prozent

Die Bundesbeihilfeverordnung

- eines berücksichtigungsfähigen Kindes80 Prozent
 - einer Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist80 Prozent
- Wenn beide Ehegatten jeweils selbst beihilfeberechtigt sind und zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder haben, erhält nur ein Ehegatte 70 Prozent.

Beihilfen für ein Kind, das bei zwei Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist

Ein Kind das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags für das Kind erhält. Da der Familienzuschlag an das Kindergeld gekoppelt ist, wird so jedes Kind einem Beihilfeberechtigten fest zugeordnet. Diese feste Zuordnung wird von der Beihilfe übernommen: Bei zwei Beihilfeberechtigten kann immer nur einer der beiden Beihilfen für ein Kind geltend machen; ein Wahlrecht gibt es nicht. Mit der Entscheidung, wer das Kindergeld – und damit den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag – für ein Kind bekommt, fällt zugleich die Entscheidung, wer Beihilfen für ein Kind beantragen kann. Die Regelung, dass ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt wird, der den Familienzuschlag für das Kind erhält, gilt ausnahmsweise nicht für Personen, die Anspruch auf truppenärztliche Versorgung haben oder heilfürsorgeberechtigt sind.

Zuordnung zum erhöhten Bemessungssatz von 70 Prozent aufgrund von mindestens zwei Kindern im Familienzuschlag

Den Bemessungssatz von 70 Prozent bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern erhalten nur diejenigen, die den Familienzuschlag beziehen.

Beispiel

Ein beihilfeberechtigtes Ehepaar hat zwei Kinder im Familienzuschlag, wobei jeder Ehepartner für ein Kind Kindergeld bekommt. Für den Bemessungssatz der beiden Beihilfeberechtigten bedeutet dies, dass jeder der beiden Beihilfen für sich selbst nur zu 50 Prozent erhält.

Bei einem Wechsel, wonach nur noch einer der beiden beihilfeberechtigten Ehepartner das Kindergeld für beide Kinder erhält, beträgt der Bemessungssatz für diesen Ehepartner 70 Prozent, für den anderen beihilfeberechtigten Ehepartner weiterhin 50 Prozent. Ein Wahlrecht ist somit entfallen.

Beihilfebemessungssatz für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beamte

Für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beamte wird lediglich eine Beihilfe entsprechend dem persönlichen Beihilfebemessungssatz – 50 oder 70 Prozent – gewährt. Der bisher gewährte erhöhte Bemessungssatz in Höhe von 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Sachleistungen und Erstattungen der Krankenkassen ergab, entfällt mit Inkrafttreten der Änderungsverordnung für neu eingestellte Beamtinnen und Beamte. Für die übrigen Beamten gilt ab dem Inkrafttreten im September 2013 eine 5-jährige Übergangsfrist.



Zuschüsse zur privaten Krankenversicherung

Beziehen Sie als Beihilfeberechtigter des Bundes bzw. Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Zuschüsse aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen zur privaten Krankenversicherung?

Übersteigt dieser Zuschuss den Betrag von 41 Euro reduziert sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 Prozentpunkte. Diese Regelung ist überwiegend für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger von Bedeutung, die neben ihren Versorgungsbezügen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und entsprechend der Rentenhöhe einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten. Den Folgen dieser Regelung können Beihilfeberechtigte entgehen, indem sie auf den Teil des Beitragszuschusses verzichten, der über 40,99 Euro hinausgeht.

Beihilfeantrag (§ 51 BBhV)

Beihilfen werden nur auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt. Die Beihilfestelle hält hierfür entsprechende Formblätter bereit. Der Beihilfeantrag ist mit einer Zusammenstellung der Aufwendungen an die zuständige Festsetzungsstelle zu richten. Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen; Zweitschriften sind grundsätzlich ausreichend. Zusätzlich können Beihilfeanträge inzwischen auch elektronisch eingereicht werden. Jeder Beleg muss die spezifizierten Leistungen unter Angabe der einzelnen Ziffern der Gebührenordnung enthalten. Arzneimittelrezepte müssen mit einer Pharmazentralnummer versehen sein, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden. Auf der Arzt- bzw. Krankenhausrechnung muss die Diagnose angegeben sein. Bestimmte Behandlungsmethoden sind vor Behandlungsbeginn zu beantragen (u.a. Reha-, oder Suchtbehandlungen).



Achtung Fristen:

Aufwendungen, die nicht innerhalb eines Jahres nach dem Zeitpunkt ihrer Entstehung (Inanspruchnahme des Arztes, Tag der Krankenhausbehandlung, des Einkaufs von Arzneien oder Hilfsmitteln, der Heilbehandlung) oder spätestens ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung geltend gemacht werden, verfallen.

Daneben gibt es weitere Voraussetzungen, die bei der Verjährungsfrist zu beachten sind:

- bei Pflegeleistungen ist der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde (also am Ende jedes Monats der häuslichen Pflege),
- hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

Bei der Jahresfrist wird der Tag des Rechnungsdatums nicht mitgerechnet. Aufwendungen, für die zum Beispiel am 11.12.2011 eine Rechnung ausgestellt worden ist, können berücksichtigt werden, wenn der Antrag am 11.12.2012 bei der Beihilfestelle vorliegt. Bei Versäumnis dieser Frist ist aber die „Wiedereinsetzung in den vorigen Stand“ möglich, wenn jemand ohne Verschulden verhindert war. Ein Antrag auf „Wiedereinsetzung“ ist innerhalb von zwei Wochen nach Wegfall des Hindernisses zu stellen.



Antragsgrenze:

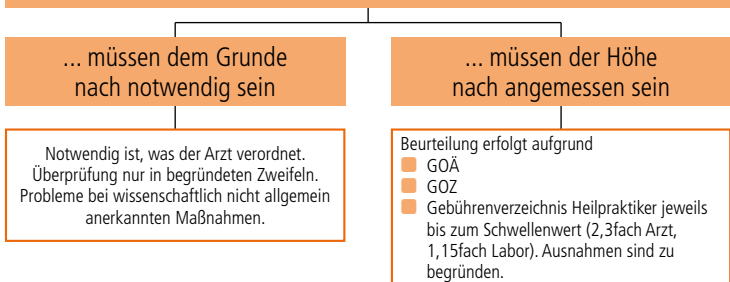
Gewährt wird Beihilfe erst dann, wenn die geltend gemachten Aufwendungen den Betrag von 200,00 Euro übersteigen. Bei drohender Verjährung bzw. bei Härten kann die Festsetzungsstelle Ausnahmen zulassen.

Keinen Anspruch auf Beihilfe haben Beihilferechtigte, wenn die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit versäumt wurde – es sei denn, dass das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit vorlagen.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Beihilfe wird gewährt, wenn die Aufwendungen beihilfefähig sind und im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilferechtigung besteht bzw. bei Angehörigen diese/berücksichtigungsfähig ist. Beihilfefähig sind Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind sowie die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle, die hierzu auch ein Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes/-zahnarztes einholen kann. Als Maßstab gilt für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen ausschließlich der Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dabei wird nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen sofern keine begründeten besonderen Umstände eine Ausnahme rechtfertigen. Im Basistarif gelten dabei abweichend die jeweils vertraglich vereinbarten Gebührensätze als angemessen; Besonderheiten bei der Angemessenheit gelten bei im Basistarif der privaten Krankenversicherung Versicherten, vgl. hierzu Kapitel „Private Krankenversicherung“.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen



Abrechnungsgrundlagen

Ärztliche Leistungen können nur nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden. Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforder-

Die Bundesbeihilfeverordnung

derlich sind. Wesentliche Kriterien für die Bemessung der Gebühren sind die Schwierigkeit und der Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände bei der Ausführung der Leistung. Die Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen dürfen bei der Bemessung dieser Gebühren nicht herangezogen werden.

Die bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Leistungen privatärztlich berechneten GOÄ-Gebühren sind um 25 Prozent zu mindern. Den Belegärzten sind 15 Prozent abzuziehen (§ 6 a GOÄ).

Eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung kann zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vereinbart werden. Solche „Abdingungen“ sind nur im Einzelfall und nur dann zulässig, wenn sie vor dem Erbringen der Leistung in einem Schriftstück (einer schriftlichen



§ 5 GOÄ – Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

- (1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.
- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.
- (3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.
- (4) Gebühren für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.
- (5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.



**Kostenlose Beratungs-Hotline:
0800 7777 456**

Gemeinsam gegen den Schmerz!

Die Schmerzlinik am Arkauwald ist auf die Behandlung chronischer Schmerzzustände verschiedenster Ursachen spezialisiert. Unsere Schwerpunkte sind unter anderem die Behandlung von Migräne, Kopf- und Gesichtsschmerzen, Rückenschmerzen, Morbus Sudeck und Fibromyalgie, auch mit psychischen Begleiterkrankungen (Burn out, depressive Störungen, Angststörungen).

Moderne Schmerzbehandlung = multimodale Schmerztherapie

Die multimodale Schmerztherapie ist interdisziplinär, setzt verschiedene Strategien gleichzeitig und nicht nacheinander ein und ist individuell auf die Erfordernisse des einzelnen Patienten zugeschnitten. Maßgeschneiderte Therapien sind der konventionellen „Behandlung von der Stange“ überlegen. Ein erfahrenes Team aus Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankenschwestern und Gestaltungstherapeuten kombiniert schulmedizinische Behandlungsmethoden sinnvoll mit komplementären Therapien wie Naturheilverfahren und Akupunktur.

Unser Leistungsspektrum umfasst Rehabilitationsbehandlung (ehemals Sanatoriumsbehandlung) und Krankenhausbehandlung (im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie).

Wir beraten Sie individuell und senden Ihnen gerne umfassende Informationen. Rufen Sie uns unter unserer kostenlosen Beratungs-Hotline an!



Schmerzlinik am Arkauwald

Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie und Schmerzpsychotherapie

Bismarckstr. 52 · 97980 Bad Mergentheim

Kostenlose Beratungs-Hotline: 0800 7777 456

E-Mail: schmerz@schmerz.com


www.schmerz.com

Die Bundesbeihilfeverordnung

Vereinbarung) festgelegt werden. Das Schriftstück muss die Nummer und die Bezeichnung der Leistung, den Steigerungssatz und den vereinbarten Betrag sowie die Feststellung enthalten, dass möglicherweise eine Erstattung der vereinbarten Vergütung durch die Erstattungsstellen (Krankenversicherung, Beihilfe) nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Eine Arztrechnung muss insbesondere enthalten


- das Datum der Erbringung der Leistung sowie die Diagnose,
- bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
- bei Gebühren für vollstationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen den Minderungsbetrag (15 bzw. 25 Prozent der Vergütung),
- bei Wegegeld und Reiseentschädigung den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
- bei Ersatz von Auslagen den Betrag und die Art der Auslage; bei Beträgen über 26,00 Euro, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen,
- bei Überschreitung der Regelspanne Angabe der konkreten Gründe für das Überschreiten.

Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH)

Auf den Seiten  51 ff. finden Sie die Leistungsübersicht, die für den Bund und einige Länder für Leistungen von Heilpraktikern zwischen dem Bundesministerium des Innern und den Heilpraktikerverbänden vereinbart wurde (vgl. Rundschreiben des BMI v. 11. November 2011, Az-D6-06-213 100-1/14).



Abrechnung von Heilpraktikerleistungen (bislang beim Bund bzw. in den Ländern)

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern sind in vielen Ländern ohne Begrenzung auf den Mindestsatz des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker als beihilfefähig anzuerkennen. Dies betrifft nicht die übrigen Regelungen für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit, insbesondere die Begrenzung durch den Schwellenwert des Gebührenrahmens der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen. Dieses Gebührenverzeichnis halten wir für Sie im Internet bereit  Download unter www.die-beihilfe.de.

Für den Bereich des Bundes und der Länder Bayern und Rheinland-Pfalz gilt seit dem 1. Oktober 2011 eine Vereinbarung zwischen Vertretern der Beihilfe und den Heilpraktikerverbänden, die grundsätzlich auch anderen Ländern offensteht. Diese Sätze gelten als erstattungsfähige Höchstbeträge für die jeweilige Leistung, höhere Rechnungsbeträge müssen selbst getragen werden.

Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen

Gebüh-Nr.	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
01 – 10	Allgemeine Leistungen	
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2	Durchführung des vollständigen Krankenexams mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie <i>Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 2 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig. Die Leistung nach Ziffer 2 ist in einer Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin / des Heilpraktikers	3,00 €
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Ziffer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Ziffern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	20,00 €
9	Hausbesuch einschließlich Beratung	
9.1	bei Tag	24,00
9.2	In dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	29,00
10	Nebengebühren für Hausbesuche	
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden. <i>Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>	0,20
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin / der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	16,00

Die Bundesbeihilfeverordnung

Gebüh-Nr.	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen	
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der Patientin / des Patienten	5,00
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A 4 engzeilig maschinengeschrieben)	
	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00
	Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen	
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>	3,00
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.)	4,00
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment I	4,00
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)	10,00
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	6,00
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten und/oder Thrombozytenzahl.	
	Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z.B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.	3,00
	Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschl. Blutentnahme	3,00
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	7,00
13	Sonstige Untersuchungen	
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00
14	Spezielle Untersuchungen	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Nicht neben Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechenbar.</i>	8,00
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- / und oder Strömungsmessungen	9,00
17	Neurologische Untersuchungen	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00
18 – 23	Spezielle Behandlungen	
20	Atemtherapie, Massage	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenmassage	6,00
20.3	Bindegewebsmassage	6,00
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00
20.5	Großmassage	6,00
20.6	Sondermassagen	
	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00
	Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00
	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00
21	Akupunktur	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00
22	Inhalationen	
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/ dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00
24 – 30	Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren	
24	Eigenblut, Eigenharn	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00
25	Injektionen, Infusionen	
25.1	Injektion, subkutan	4,50
25.2	Injektion, intramuskulär	4,50
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	6,00

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung	7,00
25.5	Injektion, intraartikulär	11,00
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,00
25.7	Infusion	7,00
25.8	Dauertropfeninfusion <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfetragers.</i>	10,00
26	Blutentnahmen	
26.1	Blutentnahme	3,00
26.2	Aderlass	12,00
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren	
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband	5,00
27.2	Skarifikation der Haut	4,00
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00
27.12	Biersche Stauung	5,00
28	Infiltrationen	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00
29	Roedersches Verfahren	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00
30	Sonstiges	
30.1	Spülung des Ohres	5,00
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00
32	Versorgung einer frischen Wunde	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfetragers.</i>	10,00
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	17,00
35	Osteopathische Behandlung	
35.1	des Unterkiefers	11,00

Die Bundesbeihilfeverordnung

Gebüh-Nr.	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
35.2	des Schultergelenkes	21,00
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarms und der Fußgelenke	21,00
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00
35.5	des Daumens	10,00
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00
36	Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00
36.4	Kneippsche Güsse	4,00
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, z.B. Kopf oder Arm	3,00
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. Rumpf oder Beine	5,00
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00
38	Spezialpackungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00
39	Elektro-physikalische Heilmethoden	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00
39.7	Verschörfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z.B. Jono-Modulator	4,00
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00

Aktualisierungen finden Sie unter

www.die-beihilfe.de/heilpraktikerleistungen

Kostenübernahme von Arbeitsunfähigkeits-/Bescheinigungen für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähige Angehörigen

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind für den Beihilfeberechtigten selbst mit einem Bemessungssatz von 100 % beihilfefähig, da der Dienstherr spätestens ab dem dritten Tag der Dienstunfähigkeit eine entsprechende Bescheinigung des behandelnden Arztes fordert und die private Krankenversicherung hierzu in der Regel nicht leistet. Bescheinigungen für berücksichtigungsfähige Angehörige sind zum persönlichen Bemessungssatz beihilfefähig, wenn diese aus medizinischen Gründen erforderlich sind (z. B. Sportbefreiungen für Kinder). Bescheinigungen von Heilpraktikern werden hierzu nicht akzeptiert.

Anrechnung von Leistungen

Stehen dem Beihilfeberechtigten oder seinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder anderweitige Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Regelungen zu, werden in der Regel diese Ansprüche vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen. Dies gilt unabhängig davon, ob die anderweitig zustehenden Leistungen auch tatsächlich in Anspruch genommen wurden.

Nicht beihilfefähige Aufwendungen (§ 8 BBhV)

- Sach- und Dienstleistungen
- nicht von der Festsetzungsstelle veranlasste Gutachten
- Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere bei ästhetischen Operationen, einer Tätowierung oder eines Piercings,
- gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V. Werden letztere nicht nachgewiesen, gelten 15 Prozent der gewährten Leistungen als Abzugsbetrag.
- Aufwendungen, für die Schadensersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können, es sei denn, der Schadensersatzanspruch ist aufgrund gesetzlicher Regelungen auf den Dienstherrn übergegangen.
- Aufwendungen für Beamte, denen Heilfürsorge zusteht
- Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit des Ehegatten, der Eltern und der Kinder der behandelten Person bei der Heilbehandlung mit Ausnahme des Ersatzes der diesen Angehörigen nachweisbar entstandenen Sachkosten.

Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln

Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind beihilfefähig, wenn sie

- aus Anlass einer Krankheit entstanden sind,
- vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Erbringung einer ärztlichen Leistung verbraucht wurden,
- nach Art und Umfang schriftlich verordnet wurden und
- verschreibungspflichtig sind.

Arzneimittel sind grundsätzlich bis zur Höhe des Apothekenabgabepreises beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die ein Festbetrag festgesetzt

Die Bundesbeihilfeverordnung

wurde, sind nur bis zur Höhe des Festbetrages beihilfefähig (vgl. hierzu die Arzneimittelgruppen nach ANLAGE 7).

Es wird kein Eigenbehalt bei Arzneimitteln abgezogen, wenn der Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer 30 % niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist.

Nicht beihilfefähig sind

a) nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Hierzu gibt es folgende Ausnahmen:

- Für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und für Kinder unter 12 Jahren,
- für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen,
- bei Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung wenn dies als Therapiestandard anerkannt ist (Begründung).

Diese Ausnahmen ergeben sich aus der Anlage 6 zu § 22 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe c) BBhV.

Und: auf Antrag, wenn Belastungsgrenze überschritten.

Auf schriftlichen Antrag können Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel als beihilfefähig anerkannt werden:

- ärztlich verordnet, medizinisch notwendig und die Aufwendungen angemessen sind und
- keine oder verschreibungspflichtige Alternativmedikation gibt und
- die Ausgaben für die betreffenden nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel insgesamt in einem Kalenderjahr eine Belastungsgrenze von 2 %, bei schwerwiegend chronisch Kranken 1 %, des Brutto-Jahreseinkommens überschreiten.

b) Verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von

- Erkältungskrankheiten / grippalen Infekten
- Mund- und Rachenerkrankungen,
- Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden,
- Reisekrankheiten

c) Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen:

(„Lifestyle-Präparate“) vgl. ANLAGE 5.

Arzneimittel, die überwiegend

- zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- zur Raucherentwöhnung,
- zur Abmagerung oder
- zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.

Im Einzelfall sind diese Mittel beihilfefähig, wenn nicht der in der Anlage genannte Zweck, sondern eine andere Krankheit im Vordergrund steht. Daneben darf keine Alternative bzw. Unverträglichkeit vorliegen.

d) Hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung

Ausnahme

- für Mittel zur Empfängnisverhütung für Personen unter 20 Jahren und
- wenn arzneimittelrechtlich zur Behandlung einer anderen Krankheit zugelassen.



Festbetragsarzneimittel

Insbesondere zum Bereich der Festbetragsarzneimittel wird darauf hingewiesen, sich vom Arzt oder Apotheker eingehend beraten zu lassen, um nicht notwendige Zuzahlungen zu vermeiden.

Eigenbehalte und Belastungsgrenzen (§§ 49 und 50 BBhV)

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich in folgendem Umfang:

- um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 Euro, höchstens um 10 Euro, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
 - a) Arznei- und Verbandmitteln
 - b) Hilfsmitteln (bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation)
 - c) Fahrtkosten
- um 10 Euro je Kalendertag bei
 - a) vollstationären Krankenhausleistungen und im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr
 - b) Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege aus Anlass einer stationären Rehabilitationsbehandlung
- um 10 Prozent der Kosten und 10,00 Euro je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege.

Auf Antrag werden diese Abzugsbeträge nicht mehr berücksichtigt, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres die Belastungsgrenze für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen überschreiten. Die Belastungsgrenze beträgt

- zwei Prozent des jährlichen Einkommens (Bruttoehgatteneinkommen) des vorangegangenen Kalenderjahres;
- für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, ein Prozent des jährlichen Einkommens (Bruttoehgatteneinkommen) des vorangegangenen Kalenderjahres.

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 Prozent und
- für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um den Kinderfreibetrag nach dem Einkommensteuergesetz.



Praxisgebühr für Bundesbeamte entfallen!

Mit der Vierten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung ist die sog. Praxisgebühr für Beamte des Bundes – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – entfallen.



Befreiung von Eigenbehalten bei bestimmten Arzneimitteln

Liegt der Verkaufspreis mindestens 30 Prozent niedriger als ein festgesetzter Festbetrag, entfallen die Eigenbehalte bei diesen Arzneimitteln!



Berücksichtigung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel als allgemeine Härtefallregelung in die Belastungsgrenze

Mit der Regelung können Teile der Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel berücksichtigt werden, wenn die allgemeine Belastungsgrenze überschritten ist. Damit wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. Juni 2008 (2 C 2/07) umgesetzt.

Die Härtefallregelung erfolgt gestaffelt nach sozialen Gesichtspunkten. Danach sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:

Beihilfeberechtigte bis A 8 (und berücksichtigungsfähigen Angehörige)	8 Euro
Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 (und berücksichtigungsfähigen Angehörige)	12 Euro
Beihilfeberechtigte höherer Besoldungsgruppen (und berücksichtigungsfähigen Angehörige)	16 Euro

Aufwendungen bei Krankheit

Beihilfefähig sind Aufwendungen für:

- ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen eines Heilpraktikers,
- die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker dabei verbrauchten oder schriftlich verordnete Arznei-, Verbandmittel und dergleichen (§22 BBhV).

Dies gilt nicht für

- verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,
- Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind.

Ausgenommen sind solche Arzneimittel

- a) für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr,
- b) für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
- c) apothekenpflichtig und in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht wurden oder
- d) bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und werden mit dieser Begründung von der Ärztin oder dem Arzt ausnahmsweise verordnet wurden. Das Bundesministerium des Innern wird in Verwaltungsvorschriften die entsprechenden Arzneimittel zu bestimmen.

Die Bundesbeihilfeverordnung

Weitere beihilfefähige Leistungen:

- Psychotherapeutische, psychosomatische Leistungen bzw. Verhaltenstherapie (§§18 ff)
- vom Arzt schriftlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe nach Anlage 4,
- Komplextherapien: Behandlung durch berufsgruppenübergreifende Teams (§ 24 BBhV)
- Anschaffung (gegebenenfalls Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Dazu zählen nicht die Geräte, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzuordnen sind,
- Sehhilfen unter den besondere Voraussetzungen des (§ 25 BBhV i.V.m. Ziffer 4 der Anlage 5),
- die voll- und teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 26 BBhV (Wahlleistungen: gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen, gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich) sowie die Unterbringung einer Begleitperson soweit aus medizinischen Gründen geboten,
- häusliche Krankenpflege (§ 27 BBhV).
- Familien- und Haushaltshilfe (§ 28 BBhV),



Behandlung in Privatkliniken

Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden, sind nach der BBhV immer beihilfefähig. § 26 Absatz 2 BBhV regelt ausschließlich die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach anderen Grundlagen abgerechnet werden, also in sogenannten Privatkliniken.

In diesen Fällen sind folgende Beträge – abgeleitet aus dem Bundesbasisfallwert – beihilfefähig:

Volljährige	vollstationär Basispflegesatz Mittelwert Bund (64,39 Euro)
	Abteilungspflegesatz Maximalwert Bund (229,41 Euro)
	= 293,80 Euro
	teilstationär Basispflegesatz Mittelwert Bund (44,59 Euro)
Minderjährige	Abteilungspflegesatz Maximalwert Bund (181,04 Euro)
	= 225,63 Euro gerundet auf 225,60 Euro
	vollstationär Basispflegesatz Mittelwert Bund (64,39 Euro)
	Abteilungspflegesatz Maximalwert Bund (314,85 Euro)
	= 379,24 Euro gerundet auf 379,20 Euro
	teilstationär Basispflegesatz Mittelwert Bund (44,59 Euro)
	Abteilungspflegesatz Maximalwert Bund (242,16 Euro)
	= 286,76 Euro gerundet auf 286,80 Euro

Damit wird die gleiche Berechnungsgrundlage zu Grunde gelegt, unabhängig davon, in welcher Stadt sich das Krankenhaus befindet; zudem kann auf eine Vergleichsberechnung mit dem nächstgelegenen Krankenhaus der Maximalversorgung verzichtet werden.

Die Bundesbeihilfeverordnung

- Fahrtkosten – ausgenommen die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise (§31 BBhV) nach Anwendung des Bundesreisekostengesetzes (Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 1 BRKG: 20 ct/km),
- Unterkunftskosten bei notwendiger auswärtiger Leistungen, ggf. auch für medizinisch notwendige Begleitpersonen bis zu 30 Euro (§ 32 BBhV)
- besondere Behandlungen bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheiten, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung bzw. positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (§ 33 BBhV)
- Soziotherapie (§ 30 BBhV)
- verschiedenste Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 33ff BBhV).

§

„Künstliche Befruchtung“ § 27a SGB V

(1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Spermien der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist.

(2) ¹Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. ²Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.

(3) ¹Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. ²Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. ³Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1.

Weitere Informationen bietet die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur „künstlichen Befruchtung“, die Sie herunterladen können unter

www.die-beihilfe.de/richtlinie_kuenstliche_befruchtung

Die Bundesbeihilfeverordnung

- Aufwendungen für künstliche Befruchtung nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenkasse (§43 BBhV),
- Sterilisation, die auf Grund einer Krankheit erforderlich ist sowie
- für einen nicht nichtrechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.



„Viagra“ nicht beihilfefähig

Das Bundesverwaltungsgericht hat am 28.05.2008 (BVerwG 2 C 24.07 und 2 C 108.07) entschieden, dass Aufwendungen für potenzsteigernde Arzneimittel („Viagra“ u. ä. Präparate) nicht beihilfefähig sind.

Aufwendungen für potenzsteigernde Arzneimittel („Viagra“ und ähnliche Präparate) sind im Geltungsbereich der BhV auch dann nicht beihilfefähig, wenn die Mittel dem Beamten zum Ausgleich der Folgen einer schweren Erkrankung wie etwa einer krebserkrankten Entfernung der Prostata ärztlich verschrieben worden sind.

Anders als das Berufungsgericht hat das Bundesverwaltungsgericht keinen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) darin gesehen, dass die Beihilfavorschriften des Bundes in Übereinstimmung mit entsprechenden Bestimmungen, die für die gesetzlich Krankenversicherten gelten, die Beihilfefähigkeit für diese Medikamentengruppe ausschließen. Der Ausschluss beruht auf der Erwägung, dass diese Mittel ungeachtet der krankheitsbedingten Ursache der behandelten Leiden nicht erforderlich sind, um einen vom Willen und vom Verhalten des Patienten unabhängigen Leidenszustand zu beseitigen oder zu lindern und deshalb zu den Arzneimitteln zu rechnen sind, die in ihrer Wirkung nicht von sog. Lifestyle-Produkten abzugrenzen sind, von denen auch Gesunde Gebrauch machen. Das Bundesverwaltungsgericht sieht es als gerechtfertigt an, diese Fallgruppe anders zu behandeln als die Fallgruppe behandlungsbedürftiger Leiden, die unbehandelt unzumutbare Beschwerden nach sich ziehen oder gar zu einer weiteren Gesundheitsverschlechterung führen. Mit seiner Entscheidung weicht das Bundesverwaltungsgericht von seiner früheren Entscheidung aus dem Jahr 2003 ab, in der es die Beihilfefähigkeit solcher Mittel noch bejaht hatte. Die jetzige Entscheidung beruht auf einer 2004 in Kraft getretenen Änderung der Beihilfavorschriften, mit der das Bundesinnenministerium auf die frühere Entscheidung reagiert hatte.

Neuordnung der Bundesbeihilfeverordnung

Die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) mit allen 13 Anlagen wurde am 8. September 2012 neu geordnet. Auf den folgenden Seiten dokumentieren wir die Anlage 9 (→ Seiten 63 ff.) und Anlage 10 (→ Seite 69) im Wortlaut:

Anlage 9 zu § 23 Absatz 1

Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel

- Abschnitt 1: Leistungsverzeichnis
- Abschnitt 2: Erweiterte ambulante Physiotherapie
- Abschnitt 3: Medizinisches Aufbautraining
- Abschnitt 4: Aufwendungen für medizinische Fußpflege

Anlage 10 zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1

Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel

Abschnitt 1

Leistungsverzeichnis

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
	Bereich Inhalation ¹⁾	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation	6,70 Euro
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,60 Euro
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	5,70 Euro
2	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	11,30 Euro 13,80 Euro
	Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
3	Krankengymnastik ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50 Euro
4	Krankengymnastik ^{2/3)} auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die nach Abschluss der Hirnreife erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10 Euro
5	Krankengymnastik ^{2/3)} auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die angeboren sind oder bis zum Alter von 14 Jahren erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 Euro
6	Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2-8 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer	6,20 Euro
7	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe ⁴⁾ (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 Euro
8	Krankengymnastik (Atemtherapie) a) bei Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten b) bei schweren Bronchialerkrankungen in einer Gruppe (2-5 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	34,30 Euro 10,80 Euro
9	Bewegungsübungen ²⁾	7,70 Euro
10	Krankengymnastik oder Bewegungsübungen im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) in einer Gruppe (bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60 Euro 11,80 Euro
11	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50 Euro
12	Chirogymnastik ⁷⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40 Euro
13	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁰⁾¹¹⁾ Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90 Euro
14	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT) ¹²⁾ , Behandlungsrichtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 18 Stunden je Kalenderhalbjahr	35,00 Euro
15	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glissonschiene)	5,20 Euro
16	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch)	6,70 Euro
	Bereich Massagen	
17	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perioist-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80 Euro

Die Bundesbeihilfeverordnung

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
18	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾ a) Teilbehandlung, 30 Minuten b) Großbehandlung, 45 Minuten c) Ganzbehandlung, 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	19,50 Euro 29,20 Euro 39,00 Euro 8,70 Euro
19	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturregseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10 Euro
	Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
20	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30 Euro
21	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloido (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid aa) Teilpackung bb) Großpackung	11,80 Euro 20,50 Euro 28,20 Euro
22	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90 Euro
23	Kaltpackung (Teilpackung) a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem b) Anwendung einmal verwendbarer Peloido (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	7,70 Euro 15,40 Euro
24	Heublumensack, Peloidkomresse	9,20 Euro
25	Wickel, Auflagen, Kompressen und anderen, auch mit Zusatz	4,60 Euro
26	Trockenpackung	3,10 Euro
27	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	3,10 Euro 4,60 Euro 4,10 Euro
28	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30 Euro 20,00 Euro
29	Wechselbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	9,20 Euro 13,30 Euro
30	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00 Euro
31	Naturmoorbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Halbbad b) Vollbad	32,80 Euro 39,90 Euro
32	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	28,70 Euro 32,80 Euro
33	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit der Bestrahlung durch langwelliges ultraviolettes Licht [UV-A] oder kurzwelliges ultraviolettes Licht [UV-B], einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80 Euro

Die Bundesbeihilfeverordnung

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
34	Medizinische Bäder mit Zusätzen a) Teilbad (Hand- oder Fußbad) mit Zusatz, zum Beispiel vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	6,70 Euro 13,30 Euro 18,50 Euro 3,10 Euro
35	Gashaltige Bäder a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummer 30 Buchstabe a bis c und Nummer 31 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 Buchstabe d beihilfefähig.	19,50 Euro 22,50 Euro 21,00 Euro 18,50 Euro 3,10 Euro
Bereich Kälte- und Wärmebehandlung		
36	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Komresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) b) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	9,80 Euro 6,70 Euro
37	Eisteilbad	9,80 Euro
38	Heißblutbehandlung ⁹⁾ eines oder mehrerer Körperteile oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler auch Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen	5,70 Euro
Bereich Elektrotherapie		
39	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20 Euro
40	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20 Euro
41	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20 Euro
42	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80 Euro
43	Iontophorese	6,20 Euro
44	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30 Euro
45	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00 Euro
Bereich Lichttherapie		
46	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁹⁾ a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,10 Euro 2,60 Euro
47	a) Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	3,10 Euro 5,20 Euro
48	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 Euro
49	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 Euro

Die Bundesbeihilfeverordnung

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
	Bereich Logopädie	
50	Behandlungsplanung und Bericht a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall b) standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall c) ausführlicher Bericht	31,70 Euro 49,60 Euro 11,80 Euro
51	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	31,70 Euro 41,50 Euro 52,20 Euro
52	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten oder gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Erwachsenenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	14,90 Euro 17,40 Euro
	Bereich Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70 Euro
54	Einzelbehandlung a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	31,70 Euro 41,50 Euro 54,80 Euro
55	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 Euro
56	Gruppenbehandlung a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,40 Euro 28,70 Euro
	Bereich Podologische Therapie ¹³⁾	
57	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50 Euro
58	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70 Euro
59	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05 Euro
60	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25 Euro
61	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10 Euro
62	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50 Euro
	Bereich Sonstiges	
63	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 Euro
64	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 59 und 60 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	

- Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- Neben den Leistungen nach den Nummern 3 bis 5 sind Leistungen nach den Nummern 9 und 17 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- Darf nur nach besonderer Weiterbildung der behandelnden Person (zum Beispiel Bobath, Vojta, propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation) von mindestens 120 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.

Die Bundesbeihilfeverordnung

4. Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang der behandelnden Person (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise und Ähnlichem sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie als beihilfefähig anerkannt werden.
5. Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung der behandelnden Person (zum Beispiel Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.
6. Darf nur nach besonderer Weiterbildung der behandelnden Person (Manuelle Therapie) von mindestens 260 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.
7. Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung der behandelnden Person von mindestens 160 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.
8. Das notwendige Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig.
9. Die Leistungen der Nummern 34, 42 und 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
10. Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.
11. Die Leistungen der Nummern 3 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.
12. Die Leistungen der Nummern 3 bis 5, 9, 11 und 17 sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
13. Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch eine Podologin, einen Podologen, eine medizinische Fußpflegerin oder einen medizinischen Fußpfleger sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Abschnitt 2

Erweiterte ambulante Physiotherapie

1. Aufwendungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) – Nummer 13 des Leistungsverzeichnisses – werden nur bei folgenden Indikationen als beihilfefähig anerkannt:
 - a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
 - bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
 - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb,
 - b) Operation am Skelettsystem
 - aa) posttraumatische Osteosynthesen,
 - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
 - c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
 - aa) Schulterprothesen,
 - bb) Knieendoprothesen,
 - cc) Hüftendoprothesen,
 - d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten
 - aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
 - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
 - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
 - ccc) schwere Schultersteife (frozen shoulder),
 - ddd) Impingement-Syndrom,
 - eee) Schultergelenkluxation,
 - fff) tendinosis calcarea,
 - ggg) periathritis humeroscapularis,
 - cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
 - e) Amputationen.

Erforderlich für die Anerkennung als beihilfefähige Aufwendungen ist zudem eine Verordnung von

- a) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
- b) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
- c) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
- d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.

Die Bundesbeihilfeverordnung

2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
 - a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
 - b) Physikalische Therapie nach Bedarf,
 - c) Medizinisches Aufbautraining.Bei Bedarf können folgende zusätzliche Leistungen erbracht werden:
 - d) Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage,
 - e) Isokinetik,
 - f) Unterwassermassage.Diese zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 13 abgegolten.
4. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

Abschnitt 3

Medizinisches Aufbautraining

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn
 - a) das Training verordnet wird von
 - aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
 - bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
 - cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
 - dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,
 - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und
 - c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.
2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.
3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:
 - a) Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
 - b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings analog Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (je Sitzung) und begleitenden krankengymnastischen Übungen nach Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern analog 846, analog 558 sowie Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte können pro Sitzung jeweils nur einmal abgerechnet werden.
4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 14 des Abschnitts 1.
5. Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

Abschnitt 4

Aufwendungen für medizinische Fußpflege

Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch Podologinnen, Podologen, medizinische Fußpflegerinnen und medizinische Fußpfleger sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

Das Heilmittel muss von einer der folgenden Personen erbracht werden und dem Berufsbild der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers entsprechen:

1. Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
2. Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
3. Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
4. Krankengymnastin oder Krankengymnast,
5. Logopädin oder Logopäde,
6. akademische Sprachtherapeutin oder akademischer Sprachtherapeut, die oder der über eine Zulassung der gesetzlichen Krankenkassen nach § 124 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verfügt,
7. klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
8. Masseurin oder Masseur,
9. medizinische Bademeisterin oder medizinischer Bademeister,
10. Podologin oder Podologe,
11. medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes.

Checkliste: Krankenhausaufenthalt

1. Freie Krankenhauswahl

Unter sämtlichen Kliniken der Bundesrepublik, die ausschließlich Krankenhausbehandlung gewähren, können Sie in Abstimmung mit Ihrem behandelnden Arzt das für Ihre Behandlung geeignete Haus auswählen. Eine vorherige Leistungszusage Ihrer Versicherung ist nicht erforderlich.

2. Krankenhäuser mit Kur- und Rehabilitationsleistungen

Insbesondere in Kurorten gibt es auch Kliniken, die zusätzlich Kur- und Rehabilitationsleistungen anbieten oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Vor einer stationären Behandlung in solchen Einrichtungen sollten Sie eine schriftliche Leistungszusage Ihres Versicherers einholen.

3. Die Krankenhausaufnahme

Bei der Aufnahme in die Klinik schließen Sie einen Behandlungsvertrag ab, der Sie zur Zahlung der entstehenden Kosten verpflichtet. Ihre private Krankenversicherung erstattet diese Kosten im tariflichen Umfang. Beachten Sie dabei bei Fragen zu Wahlleistungen Ihren Versicherungsschutz! Die Erstattungszusage können Sie, wenn Sie sie nicht bereits haben, bei der Aufnahme ins Krankenhaus anfordern. Sofern Sie eine Klinik-Card haben, legen Sie diese vor. Wenn Sie eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen haben, erhalten Sie daraus ebenfalls Leistungen.

4. Die Wahlleistungen

Grundsätzlich erhalten alle Patienten die allgemeinen Krankenhausleistungen: Unterkunft, Pflege, Verpflegung im Mehrbettzimmer und medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte. Dafür berechnet das Krankenhaus Fallpauschalen, Sonderentgelte, Basis- und Abteilungspflegesätze oder eine Kombination dieser Entgelte. Zumeist werden zwei Wahlleistungen angeboten: Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung. Diese Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen, wenn Sie darüber bei der Aufnahme eine schriftliche Vereinbarung treffen. Nur dann werden die Kosten dafür von Ihrer Versicherung erstattet.

■ Ein- und Zweibettzimmer

Ist die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht zufrieden stellend, können Sie diese Vereinbarung täglich kündigen. Das Krankenhaus verlangt für die besondere Unterbringung pro Tag einen Zuschlag: Dieser muss jedoch in einem angemessenen Verhältnis zu den dort angebotenen Leistungen stehen, d. h. je mehr Komfortleistungen (wie z. B. Fernseher, Radio, eigene Dusche, morgendliche Zeitung, etc.) angeboten werden, desto höher kann der Zuschlag ausfallen.

Zur Angemessenheit der Zuschläge haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung eine gemeinsame Empfehlung entwickelt.

■ Privatärztliche Behandlung

Für die privatärztliche Behandlung schließen Sie mit den beteiligten Chefärzten unmittelbar einen Vertrag. Die Ärzte liquidieren nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und dürfen nur Leistungen berechnen, die sie selbst erbracht haben. Die Gebührensätze dürfen in begrenztem Rahmen gesteigert werden: bei persönlichen Leistungen bis zum maximal 3,5fachen, bei überwiegend medizinisch-technischen Leistungen bis zum maximal 2,5-fachen und bei Laborleistungen bis zum maximal 1,3-fachen. Ein Überschreiten der Regelsätze (2,3-, 1,8- und 1,15-fachen) muss auf der Rechnung verständlich und nachvollziehbar begründet sein. Eine Liquidation über die Höchstsätze der GOÄ hinaus ist nur mit besonderer schriftlicher Vereinbarung (der sog. Abdingung) möglich. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen durch Chefärzte dürfen nicht von einer Abdingung abhängig gemacht werden. Abdingungen bei medizinisch-technischen Leistungen sind grundsätzlich ausgeschlossen.

Jedoch erfolgt eine Kostenbegrenzung auf „Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung“, falls das Krankenhausentgeltgesetz bzw. die Bundespflege-satzordnung nicht angewendet werden (§ 26 Abs. 2 BBhV).

5. Die Entlassung/Kostenabrechnung

Nach der Entlassung erhalten Sie die Rechnungen der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte und – wenn Ihre Versicherung nicht unmittelbar an das Krankenhaus zahlt – auch die Pflegekostenrechnung. Diese Rechnungen können Sie auch unbezahlt bei der Versicherung einreichen. Arztrechnungen müssen Diagnose, Datum der Leistung, Gebührennummern, Leistungsbezeichnungen, die jeweiligen Kosten und zugrunde gelegten Steigerungssätze enthalten. Wenn Sie eine Krankenhaustagegeldversicherung haben, legen Sie Ihrer Versicherung eine Bescheinigung des Krankenhauses mit Diagnose und Dauer der stationären Behandlung vor, falls sich dies nicht aus den eingereichten Rechnungen ergibt.

Weitere Informationen zur privaten Krankenversicherung unter

www.selbsthilfeeinrichtungen.de

Zahnärztliche Leistungen (§§ 14 ff. BBhV)

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind – im Rahmen der allgemeinen Beihilfegrundsätze der Angemessenheit und Notwendigkeit – beihilfefähig. Dabei erfolgt die Abrechnung nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).



§ 5 GOZ (Auszugsweise)

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

- (1) ¹Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. ²Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. ³Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. [...]
- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

Insbesondere Zahnersatz und implantologische Leistungen bergen dabei nicht unerhebliche Kostenrisiken – deshalb kann hierfür der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, der hierfür auch beihilfefähig ist.

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik sind zu 40 Prozent beihilfefähig.

Erstattung von Implantaten

Ohne spezielle Indikationen sind allgemein zwei Implantate pro Kiefer beihilfefähig. Aufwendungen der Suprakonstruktion bei Implantatversorgung sind immer beihilfefähig.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts dürfen bei der zahlenmäßigen Begrenzung der Beihilfe zu Implantaten nur Implantate angerechnet werden, die ganz oder teilweise aus öffentlichen Kassen bezahlt worden sind.

Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahren nach Abschluss beihilfefähig, wenn die Beihilfefestsetzungsstelle die vorangegangene kieferorthopädische Behandlung genehmigt hat.

Die Bundesbeihilfeverordnung

Ausschlüsse für Beamte auf Widerruf:

Zu beachten sind Ausschlüsse der Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen Leistungen für Beamte auf Widerruf – sofern sie nicht auf einen Unfall beruhen bzw. der Beihilfeberechtigte zuvor schon mindestens 3 Jahre im öffentlichen Dienst Beschäftigt war – für

- prothetische Leistungen
- Inlays und Zahnkronen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- implantologische Leistungen.

Eingeschränkte Leistungen selbst verursachtem Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung oder dem Wechsels des Kieferorthopäden

Bei einem Wechsel des Kieferorthopäden, der allein durch die Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu vertreten ist, werden nur noch die Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind. Medizinisch begründete oder durch beruflichen Umzug bedingte Wechsel der Kieferorthopäden fallen nicht unter diese Regelung.

Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahmen (§ 41 BBhV)

Bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres sind die Kosten zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes nicht nur geringfügig gefährden, erstattungsfähig. Die Aufwendungen einer Jugendgesundheitsuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr bzw. innerhalb der Toleranzgrenze von zwölf Monaten vor oder nach diesem Zeitintervall sind ebenfalls beihilfefähig.



Individuelle Gesundheitsleistungen (sog. Igel-Leistungen; vgl. www.igel-monitor.de) sind nicht beihilfefähig!

- In der IGeL-Liste aufgeführte (Früherkennungs- und) Vorsorgemaßnahmen sind nicht beihilfefähig, da beihilferechtlich nur die Vorsorgemaßnahmen anerkannt werden können, die in den entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses genannt oder die Gegenstand eines Modellversuchs sind.
- Besteht ein konkreter Anhaltspunkt für eine Erkrankung oder bestehen einschlägige Vorerkrankungen bzw. ein besonderes Risiko, sind auch in der Liste aufgeführte Leistungen beihilfefähig sein.
- Andere Leistungen der IGeL-Liste (außerhalb von Vorsorgemaßnahmen) sind nicht beihilfefähig, sofern sie nicht ausdrücklich beihilferechtlich anerkannt sind. Dabei wird davon ausgegangen, dass es an der medizinischen Notwendigkeit fehlt.
- IGeL-Leistungen bedürfen der Zustimmung des Patienten bzw. müssen auf Wunsch des Patient erbracht werden. Die Verantwortung für die Leistung liegt beim Arzt.
- Ärztliche IGeL-Leistungen müssen einzeln nach den Grundsätzen der GOÄ berechnet werden (mit Erteilung einer Rechnung); eine pauschale Berechnung ist folglich nicht zulässig. Nicht in der GOÄ aufgeführte Leistungen oder deren besondere Ausführung können analog berechnet werden.

Die Bundesbeihilfeverordnung

Bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres bzw. bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres sind einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach Maßgabe besonderer Richtlinien erstattungsfähig. Bei Personen ab vollendetem 35. Lebensjahr werden alle zwei Jahre die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit erstattet. Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen sind beihilfefähig, nicht jedoch, wenn der Anlass eine private Reise außerhalb der Europäischen Union ist. Beihilfefähig sind zudem Aufwendungen für bestimmte prophylaktische zahnärztliche Leistungen.

Vom BMI ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen (VwV zu § 41 Abs. 3 BBhV)

1. Gen-Test bei erhöhtem Krebsrisiko für erblich belastete Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko (Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung werden mit nachstehenden Pauschalen beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in den aufgeführten Zentren durchgeführt wurden.)
 - a) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung (Einmalige Pauschale in Höhe von 700 Euro pro Familie. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die mögliche Beratung weiterer Familienmitglieder.)
 - b) Genanalyse (Pauschale in Höhe von 5900 Euro für einen Indexfall (an Brust- und/oder Eierstockkrebs Erkrankte) und 360 Euro, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Frau handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird.) Die Genanalyse wird bei den Indexfällen durchgeführt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Frau zugerechnet werden. Dagegen werden die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden Genanalyse der Indexpatientin der gesunden Ratsuchenden zugerechnet. Ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexpatientin mehr ableiten lässt, die Genanalyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren.
 - c) Früherkennungsmaßnahmen (Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm in Höhe von 580 Euro einmal pro Jahr. Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.)
2. Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz

Aufwendungen bei Geburten

Neben den oben aufgeführten Aufwendungen sind beihilfefähig Kosten für

- Hebamme,
- Schwangerschaftsüberwachung,
- Entbindungspfleger,
- eine Haus- und Wochenpflegekraft bei einer Hausentbindung oder einer ambulanten Entbindung in einer Krankenanstalt (längstens für einen Zeitraum von 14 Tagen nach der Geburt),

Die Bundesbeihilfeverordnung

- stationäre Krankenhausbehandlung für das Kind nach der Geburt. Diese Leistungen werden auch bei der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gewährt, wenn die Mutter des Kindes berücksichtigungsfähig ist.

Beihilfe im Ausland (§ 11 BBhV)

Grundsätzlich sind Aufwendungen für Leistungen innerhalb der Europäischen Union wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen dagegen sind lediglich bis zur Höhe von Vergleichskosten im Inland beihilfefähig – dabei sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zu einer Höhe von 1000,- Euro ohne Beschränkung beihilfefähig.

Für Hemodialysepatienten, die sich vorübergehend aus privaten Gründen im außereuropäischen Ausland aufhalten, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei der Durchführung einer ambulanten Dialyseeinrichtung entstanden wären.



Auslandskrankenversicherung abschließen

Denken Sie vor Auslandsreisen an den Abschluss einer Auslandskrankenversicherung – insbesondere Krankentransporte können hohe Kosten verursachen!

Mehr Informationen unter www.selbsthilfeeinrichtungen.de

Beihilfe nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

Um die ordnungsgemäße Abwicklung der angefallenen beihilfefähigen Leistungen sicherzustellen, hat das Bundesverwaltungsgericht festgelegt, dass der Beihilfeanspruch vererbbar ist. Die bis zum Tode des jeweiligen Beihilfeberechtigten entstandenen Aufwendungen sind beihilfefähig und können z.B. an den Ehegatten oder die leiblichen Kinder nach Vorlage der Belege gewährt werden.

Zusätzlich beihilfefähig in Todesfällen der haushaltsführenden Person:

- Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich bis zur Dauer von sechs Monaten, in Ausnahmefällen längstens zwölf Monate nach dem Todesfall, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Für Ehegatten und Eltern des/der Verstorbenen wird keine Vergütung gezahlt.

Im Bereich der Beihilfevorschriften des Bundes sind die Kosten, die mit der Leichenschau, der Einsargung oder der Bestattung verbunden sind – abweichend von einzelnen Ländern – seit 2004 nicht mehr beihilfefähig.

Dauernde Pflegebedürftigkeit (§§ 37 BBhV ff.)

Auch Beamte sind verpflichtet, eine die Beihilfe ergänzende Pflegeversicherung abzuschließen. Die Pflegeversicherung wurde in drei Stufen eingeführt: Am 1. Januar 1995 begann die Beitragspflicht. Die Leistungen für ambulante Pflege werden seit dem 1. April 1995 und die Leistungen für stationäre Pflege seit 1. Juli 1996 erstattet. Diese Leistungen wurden nunmehr mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz stufenweise bis 2012 ausgebaut. Für die Beihilfe des Bundes gelten viele der mit diesem Gesetz verbundenen Vorteile ebenfalls.

Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. Personen in der gesetzlichen Pflegeversicherung mit Anspruch auf Beihilfe nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Beihilfe hälftig (§ 46 Abs. 4 BBhV).

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Die Feststellungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht.

The screenshot shows the Augustinum website. At the top, there is a navigation bar with links: "Home", "Regelungen Gesetz", "Kfz", "Schüler", "Ereignisse für Behinderte", "Statistik". The Augustinum logo is in the top right. The main content area features a large photo of an elderly man in a hat and jacket. To the right of the photo, the text reads: "Augustinum Seniorenresidenzen", "Betreutes Wohnen nach Ihren Wünschen", and "Die Seniorenresidenzen des Augustinum werden bundesweit an 23 Standorten anspruchsvolle Standards für das altersgerechte Wohnen." Below the photo are four tabs: "Wohnorte", "Standorte", "Premium-Wohnen", and "Pflege". A search bar is on the right. Below the tabs, there are two more sections: "Augustinum Seniorenresidenzen" with the sub-heading "Selbstbestimmt leben - gut betreutes Wohnen" and "Kultur im Augustinum" with a "KULTUR HIGHLIGHTS" graphic. The footer contains the website address "www.augustinum.de".



SELBSTHILFEEINRICHTUNGEN
für den öffentlichen Dienst
Unser Angebot – Ihr Vorteil

VERSICHERUNGEN · Privat- und Diensthaftpflichtversicherung · Hausrat- und Glasversicherung · Kfz-Versicherung · Unfallversicherung · Kapital- und Risikolebensversicherung · Private Rente · Altersvorsorge · Direktversicherung · Riester-Rente · Ausbildungsversicherung · Aussteuerversicherung · Sterbegeldversicherung · Berufs- und Dienstunfähigkeitsabsicherung · Private Krankenversicherung · spezielle Beihilfetarife · Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte · Pflegeversicherung · Rechtsschutzversicherung · Wohngebäudeversicherung ·

BAUSPAREN · Baufinanzierung · Vermögensbildung · Beratung über staatliche Förderung und Eigentumsbildung ·

BANKDIENSTLEISTUNGEN · Kreditkarten · Privat- und Beamendarlehen · Sparkonten · Girokonten · Bezügekonto für den öffentlichen Dienst · Homebanking · Sparbrief · ec-Cash · Investmentfonds · Wertpapiere · Reiseschecks · Anlagenberatung ·

SERVICE, AUTO UND EINKAUFSVORTEILE · Vorteile beim Einkaufen · Autoclubs · Service rund ums Auto · Schutzbriefversicherung · Reise und Erholung · Kulturelle Veranstaltungen

www.selbsthilfeeinrichtungen.de

Aufteilung der Kosten zwischen Pflegeversicherung und Beihilfe

Privat Versicherte Beihilfeberechtigte	Gesetzlich Versicherte Beihilfeberechtigte
Beihilfebemessungssatz 70 Prozent (Pflegeleistungen sind nur für Versorgungsempfänger möglich!)	Beihilfe (§ 46 Abs. 4 BBhV) 50 Prozent
Private Pflegeversicherung 30 Prozent	Gesetzliche Pflegeversicherung 50 Prozent

Verwaltungsvorschriften des BMI zu Pflegeleistungen (Auszüge)



1. Krankheiten oder Behinderungen sind
 - Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
2. Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
3. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
 - im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
4. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der 3 Pflegestufen.

Die Beschäftigung und Betreuung z.B. in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 37 BBhV. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z.B. Fahrkosten).

Die Bundesbeihilfeverordnung

Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der privaten bzw. sozialen Pflegeversicherung.



Versicherungspflicht zum „Pflegeversicherungsvertrag“

Das Bundesverfassungsgericht hatte über die Frage zu entscheiden, ob durch die gesetzliche Verpflichtung, einen Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen, die hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums (Art. 33 Abs. 5 GG) verletzt sind und es zur Fürsorgepflicht des Dienstherrn gehört, Beamte beitragsfrei gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern. Die Verpflichtung, einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen, stellt keinen unzulässigen Eingriff in die Beamtenalimentation dar. Der Gesetzgeber hat mit der Pflegeversicherung eine im Grundsatz alle Bürger erfassende Volksversicherung eingerichtet. Es ist nicht ersichtlich, dass die vom Beamten zu tragenden Versicherungsprämien für diese Pflichtversicherung einen solchen Umfang erreichen, dass der amtsangemessene Lebensunterhalt nicht mehr gewährleistet wäre. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn ist durch die Versicherungspflicht nicht verletzt.

Auszug aus dem BVerfG-Beschluss vom 25.09. 2001 – 2 BvR 2442/94

Grundsätzlich unterschieden werden unterschiedliche Pflegeleistungen; danach richtet sich die jeweils gewährte Beihilfe:

- Häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte,
- Pflegegeld (Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege für selbst beschaffte Pflegekräfte),
- teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Verhinderung von Pflegepersonen bzw. Kurzzeitpflege und
- vollstationäre Pflege.

Häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (Leistungen entsprechend § 36 Abs. 3 SGB XI)

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1. Januar 2012
für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	450 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	1.100 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	1.550 Euro

Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten, Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß weit übersteigt.

Die Bundesbeihilfeverordnung

Pflegegeld: Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege für selbst beschaffte Pflegekräfte

Das Pflegegeld (§ 37 Abs. 1 SGB XI) beträgt hierbei je Kalendermonat

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1. Januar 2012
für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	235 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	440 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	700 Euro

Dabei werden aus privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherungen gezahlte Pflegegelder angerechnet – nicht jedoch z.B. die Zahlungen einer privaten Pflegetagegeldversicherung. Häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte und durch selbst beschaffte Pflegekräfte kann kombiniert werden; die Abrechnung erfolgt dann nach dem jeweiligen Prozentsatz der Aufteilung.

Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege

Diese erfolgt, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder zur Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Beträge entsprechen § 41 Abs. 2 SGB XI. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1. Januar 2012
für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	450 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	1.100 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	1.550 Euro

Verhinderung von Pflegepersonen

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Die Aufwendungen der Pflegekassen (§ 39 und § 42 SGB XI) sind auf eine bestimmte Höhe im Kalenderjahr begrenzt:

1. Januar 2012	1.550 Euro
----------------	------------

Die Bundesbeihilfeverordnung

Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt: für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu folgenden Gesamtbeträgen im Kalenderjahr.

1. Januar 2012

1.550 Euro

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können – sofern sie die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen – zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Der Anspruch gilt auch für Personen mit Pflegestufe 0.

Neu im Bereich der Pflegeleistungen ist die Beihilfefähigkeit von Beratungsbesuchen – auch hier nach den Vorgaben des SGB XI.

Zusätzliche Leistungen im Bereich der Pflege im Rahmen der Vierten Änderungsverordnung: Übernahme der durch das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz eingeführten Leistungsverbesserungen:

Anerkennung von Gutachten

Die durch die Pflegekasse bei der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zugeleitete Rehabilitationsempfehlung der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen kann als Gutachten im beihilferechtlichen Sinne dienen. Dadurch entfällt die Einholung eines gesonderten Gutachtens.

Aufwendungen häuslicher Betreuung: Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Pflegestufen I bis III sowie für Personen mit erhöhtem Betreuungsbedarf nach § 45 a SGB XI, wie z.B. Demenz):

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen häuslicher Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt ist; dann können Leistungen der häuslichen Betreuung zusätzlich erbracht werden. Dadurch erfolgt eine inhaltliche Leistungserweiterung, ohne dass der beihilfefähige Höchstbetrag verändert wird.

Pauschalbeihilfe während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

Die Pauschalbeihilfe wird während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege bis zu jeweils vier Wochen im Kalenderjahr weiter gezahlt. Dies gilt auch bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen. Dies dient der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“.

Pflegebedürftige Personen in ambulanten Wohngruppen

Pflegebedürftige Personen in ambulanten Wohngruppen, denen Beihilfe zur häuslichen Pflege gewährt wird, erhalten monatlich zusätzlich einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro, wenn die soziale oder private Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt; die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen.

Zusätzliche Betreuungsleistungen: Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die die Voraussetzungen des § 45a des SGB XI erfüllen, aber keiner Pflegestufe zugeordnet sind (Pflegestufe 0), erhalten neben den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen

- a) Aufwendungen für häusliche Pflege in Höhe von 225 Euro oder
- b) Pauschalbeihilfe in Höhe von 120 Euro oder
- c) Kombinationsleistungen.

Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen und der Pflegestufe I oder II zugeordnet sind, erhöhen sich die beihilfefähigen Höchstsätze je Kalendermonat für

- a) die Aufwendungen für häusliche Pflege der
 - aa) Pflegestufe I von 450 Euro auf 665 Euro,
 - bb) Pflegestufe II von 1.100 Euro auf 1 250 Euro,
- b) die Pauschalbeihilfen der
 - aa) Pflegestufe I von 235 Euro auf 305 Euro,
 - bb) Pflegestufe II von 440 Euro auf 525 Euro.

Neben den Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach den Vorgaben des § 45e SGB XI beihilfefähig.

Die Bundesbeihilfeverordnung

Vollstationäre Pflege

Ist eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr möglich, sind Leistungen zur vollstationären Pflege beihilfefähig (entsprechend § 42 Abs. 2 und 3 SGB XI).

Beihilfefähig sind dabei

- pflegebedingte Aufwendungen,
- medizinische Behandlungspflege (soweit nicht im Rahmen der häuslichen Krankenpflege beihilfefähig) sowie für
- soziale Betreuung.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1. Januar 2012
für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	1.023 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	1.279 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	1.550 Euro
für Härtefälle	1.918 Euro

Sicherung des Existenzminimums bei stationärer Pflege (§ 39 Absatz 2 BBhV)

In Folge eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 24.01.2012 (Az. 2 C 24.10) bestand Veranlassung, Versorgungsempfängern erhöhte Leistungen in Pflegefällen zu gewähren, wenn ansonsten deren amtsangemessener Lebensunterhalt nicht mehr sichergestellt wäre. Den Verweis auf den Rückgriff auf das eigene Vermögen bzw. auf Sozialhilfe hat das Gericht als nicht gerechtfertigt angesehen.

Mit der Neuregelung wird sichergestellt, dass pflegebedürftige Beihilfeberechtigte in unteren Besoldungsgruppen in eine wirtschaftliche Notlage geraten. Die Regelung sieht vor, dass ihnen von ihrem monatlichen Einkommen mindestens ein Betrag in Höhe der Summe der nachstehenden monatlichen Beträge verbleibt:

Betrag / Person (Stand: März 2012)	
8 Prozent des Grundgehalts A 13 Stufe 8 für jeden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, für die ein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 (Pflegeleistungen) besteht.	380,39 Euro
30 Prozent des Grundgehalts A 13 Stufe 8 für einen Beihilfeberechtigten oder Ehegatten / Lebenspartner, für den kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 (Pflegeleistungen) besteht.	1.426,45 Euro
3 Prozent des Grundgehalts A 13 Stufe 8 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 (Pflegeleistungen) besteht.	142,64 Euro
3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für den Beihilfeberechtigten.	je nach BesGr.

Die Bundesbeihilfverordnung

Berechnungsgrundlagen für Bundesbeamte

Tabellenwerte ab 1. August 2013

BesGr.	Stufe 8	3%	8%	30%
A 2	2.103,74	63,11		
A 3	2.193,37	65,80		
A 4	2.283,02	68,49		
A 5	2.364,91	70,95		
A 6	2.491,07	74,73		
A 7	2.706,86	81,21		
A 8	2.947,01	88,41		
A 9	3.183,83	95,51		
A 10	3.567,85	107,04		
A 11	3.978,41	119,35		
A 12	4.381,23	131,44		
A 13	4.860,40	145,81	388,83	1.458,12
A 14	5.286,47	158,59		
A 15	5.969,26	179,08		
A 16	6.649,87	199,50		

Dazu ist ein gesonderter Antrag zu stellen und das Einkommen nachzuweisen. Die Beträge sollen dem unabweisbaren Bedarf für den Lebensunterhalt Rechnung tragen; die Höhe richtet sich insbesondere nach den Kosten für die Beiträge der die Beihilfe ergänzenden Kranken- und Pflegeversicherung, einer notwendigen Wohnung für nicht pflegebedürftige Angehörige und den allgemeinen Lebenshaltungskosten. Zusätzlich geht eine soziale Abstufung zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Alimentation in die Berechnung ein.

Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist aufgrund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Die Bundesbeihilfeverordnung



Palliativversorgung / Unterbringung in Hospizen – § 40 BBhV

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische 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 in angemessener Höhe beihilfefähig.



Ergänzende private Pflegeversicherung

Der Bereich der Pflegeversicherung ist grundsätzlich nicht auf eine Vollkostenerstattung ausgerichtet; zudem gibt es individuell unterschiedliche Ansprüche bei der tatsächlichen Ausgestaltung der Pflege. Um eine weitere Abdeckung für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu erreichen, sind im Wesentlichen zwei unterschiedliche Arten von Versicherungen auf dem Markt erhältlich:

Pflegetaggeldversicherung

Hier erhält der Pflegebedürftige pro Tag eine vertraglich vereinbarte Summe, unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten. Diese Mittel stehen dann zur freien Verfügung.

Pflegelkostenversicherung

Im Unterschied zum Pflegetaggeld wird hier zu tatsächlich entstandenen Kosten ein prozentualer Anteil erstattet.

Advertisement for "Abnehmen und Meer" (Losing Weight and Sea). The main text reads: "Gesundheitswoche Abnehmen und Meer". Below this, it says: "Im Urlaub auf dem Weg zum Wunschgewicht - mit einem Ernährungs- und Bewegungsprogramm". A navigation bar includes: "Home | Preis-Leistung | Wohnen | Lage/Anfahrt | Anträge | Gästebuch | Bücher | Trainer | Kontakt | Abnehm-ABC | Presse". The central headline is: "Die Einstiegswoche in eine schlanke und bewegte Zukunft". A circular diagram shows four interconnected arrows: "URLAUB" (yellow), "BEWEGUNG" (red), "ERNÄHRUNG" (blue), and "STRESS" (green). In the center of the circle, it says: "Im Osterurlaub auf dem Weg zum Wunschgewicht". On the right side, there is a photo of a woman and the text: "Mit Seker Magrettsch Fachfrau für...". At the bottom, the website address is: www.abnehmenundmeer.de