



**Kommunaler
Versorgungsverband
Brandenburg**
Versorgungskasse

Merkblatt für Beihilfeberechtigte



Merkblatt für Beihilfeberechtigte

Dieses Merkblatt ist nur zur allgemeinen Information bestimmt. Es soll Ihnen einen Überblick über die geltenden Bestimmungen verschaffen und dadurch Rückfragen vermeiden helfen. Kurzdarstellungen und Erläuterungen in Merkblättern können nicht vollständig sein und nicht alle im Einzelfall erheblichen Besonderheiten erfassen; Rechtsansprüche können deshalb aus diesem Merkblatt nicht hergeleitet werden. Bitte lesen Sie daher auch den zugehörigen Gesetzestext und sonstige geltende Bestimmungen.

1. Antragsfrist

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Ausstellung der Rechnung oder nach Entstehen der Aufwendungen (d.h. nach dem Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung, des Einkaufs der Arzneien, der Lieferung des Heilmittels) beantragt wird.

Beispiel: Die Rechnung ist am 4.10. ausgestellt worden; der Antrag auf Gewährung einer Beihilfe muss spätestens am 4.10. des folgenden Jahres hier eingegangen sein.

2. Bagatelklausel

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200,00 EUR betragen. Die Festsetzungsstelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen.

3. Antragsunterlagen

Vorzulegen sind:

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe auf dem amtlichen Vordruck, die Zusammenstellung der Aufwendungen und die Kostenbelege.

Zum Nachweis der Aufwendungen sind Zweitschriften grundsätzlich ausreichend.

In den erforderlichen Fällen sind ärztliche Verordnungen oder Notwendigkeitsbescheinigungen beizufügen. Quittungen, Heil- und Kostenpläne können als Nachweis nicht anerkannt werden.

Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein. Belege, die den vorstehenden Anforderungen nicht entsprechen, die unübersichtlich oder unleserlich sind, können nicht berücksichtigt werden.

Da ab dem 1. Januar 2009 für Beamtinnen/Beamte mit Wohnsitz in Deutschland die Pflicht einer Krankenversicherung besteht, ist die Vorlage eines aktuellen Versicherungsnachweises notwendig. Die Belege erhalten Sie mit dem Beihilfebescheid zurück und neue Formblätter für Ihren nächsten Antrag werden ebenso übersandt.

4. Ausfüllen der Antragsunterlagen

4.1 Antrag

Füllen Sie bitte den Antrag sorgfältig und vollständig aus. Beantworten Sie jede Frage mit - ja - oder - nein - (ankreuzen), falls erforderlich mit erläuternden Zusätzen. Unterschreiben Sie den Antrag oder bevollmächtigen Sie jemanden schriftlich hierzu. Ungenaue oder unvollständige Angaben verzögern die Bearbeitung Ihres Beihilfeantrages.

4.2 Antragsrecht

Die Festsetzungsstelle kann nach vorheriger Anhörung der oder des Beihilfeberechtigten zur Vermeidung unbilliger Härten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreterinnen/Vertreter die Beihilfe selbst beantragen.

Ein eigener Beihilfeanspruch erwächst hieraus nicht.

4.3 Zusammenstellung der Aufwendungen

Bitte zuerst die Belege nach den Personen und dem Datum ordnen, fortlaufend in der rechten oberen Ecke nummerieren und in dieser Reihenfolge einzeln eintragen. Reichen die vorhandenen Zeilen nicht aus, so führen Sie die restlichen Belege auf dem Einlegeblatt in gleicher Weise auf. Auch bei mehrmaligem Bezug ist für jedes Rezept nur eine Zeile zu verwenden und der Gesamtbetrag einzutragen. Tragen Sie den ungekürzten Rechnungsbetrag ein, bei Rezepten jeweils den Gesamtbetrag.

5. Beihilfefähige Aufwendungen

5.1

Beihilfefähig sind nur die notwendigen und angemessenen (zum Teil durch Höchst-, Fest- oder Anrechnungsbeträge begrenzten) Aufwendungen. Ob die Aufwendungen notwendig und angemessen sind, entscheidet die Beihilfestelle des Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg. Sie kann bei Zweifeln ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

5.2

Außerhalb Deutschlands entstandene Aufwendungen sind nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen, einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern, wird kein Kostenvergleich durchgeführt.

Bei außerhalb der Europäischen Union entstandenen Kosten sind die Aufwendungen ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1.000,00 EUR je Krankheitsfall nicht übersteigen.

Für beihilfefähige Aufwendungen von Versorgungsempfängern mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnsitz der Sitz der Beihilfefestsetzungsstelle.

Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte für den Kostenvergleich notwendige Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt.

5.3

Kosten für Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel sowie Heilbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet worden sind und die Beihilfefähigkeit nach der BBhV gegeben ist.

6. Arzneimittel

Die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei-, Verbandmittel und dergleichen sind beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind u. a. Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Dies gilt nicht für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres oder Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, sowie für apothekenpflichtige Medikamente, die in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei der ambulanten Behandlung verbraucht werden.

Ausgenommen sind solche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V auf Grund von § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Ausnahmen können bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln vorliegen, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Diese sind in der Arzneimittel-Richtlinie aufgeführt. Mittel die nicht verschreibungspflichtig sind, sind somit nicht beihilfefähig.

7. Hilfsmittel

7.1

Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör sind - ggf. im Rahmen der Höchstbeträge - beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und in der Anlage 5 der BBhV aufgeführt sind.

7.2

Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. Welche Gegenstände nicht zu den Hilfsmitteln gehören, entnehmen Sie ebenfalls der Anlage 6.

7.3

Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für andere als in der Anlage 5 oder 6 der BBhV aufgeführte Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör können als beihilfefähig anerkannt werden, wenn diese ebenfalls geeignet sind, die Folgen eines regelwidrigen Körperzustandes zu lindern, zu bessern, zu beheben oder zu beseitigen und deren Anschaffungskosten nicht den Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind.

Es empfiehlt sich, in diesen Fällen vorher bei Ihrem/Ihrer Sachbearbeiter/in Rücksprache zu halten.

7.4

Die Kosten folgender Hilfsmittel sind nach dem derzeitigen Stand auf beihilfefähige Höchstsätze begrenzt:

| | | |
|---|---|--------------|
| - Perücken (Ersatzbeschaffung erst nach 4 Jahren) | - | 512,00 EUR |
| - Hörgeräte (je Ohr) | - | 1.025,00 EUR |

Bei folgenden Hilfsmitteln ist ein Eigenanteil von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen:

- die Kosten für orthopädische Maßschuhe und Schaumstoff-Therapie-Schuhe sind um einen Betrag von 64,00 EUR je Paar Schuhe zu kürzen,
- die Kosten für orthopädische Büstenhalter/Brustprothesenhalter sind um einen Betrag von 15,00 EUR und bei Badeanzügen, Bodys oder Korsett für Brustprothesenträgerinnen um einen Betrag in Höhe von 40,00 EUR zu kürzen und
- die Kosten für orthopädische Zurichtungen sind auf sechs Paar Schuhe pro Jahr begrenzt.

7.4.1 Brillen

Die Aufwendungen für Sehhilfen sind nur für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig.

Voraussetzung für die erstmalige Gewährung einer Beihilfe für eine Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes. Für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 EUR je Sehhilfe beihilfefähig.

Als angemessen sind - einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung - anzusehen:

-für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis ± 6 Dioptrien (dpt):

| | | | |
|----------------------|-------------------|---|------------|
| - Einstärkengläser: | für das sph. Glas | = | 31,00 EUR, |
| | für das cyl. Glas | = | 41,00 EUR, |
| - Mehrstärkengläser: | für das sph. Glas | = | 72,00 EUR, |
| | für das cyl. Glas | = | 92,50 EUR, |

-bei Gläserstärken über ± 6 Dioptrien (dpt):

| | | |
|---------------------|---|------------|
| - zuzüglich je Glas | = | 21,00 EUR, |
|---------------------|---|------------|

-Dreistufen- oder Multifokalgläser:

| | | |
|---------------------|---|------------|
| - zuzüglich je Glas | = | 21,00 EUR, |
|---------------------|---|------------|

-Gläser mit prismatischer Wirkung:

| | | |
|---------------------|---|------------|
| - zuzüglich je Glas | = | 21,00 EUR, |
|---------------------|---|------------|

-Kunststoff- und Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser):

| | | |
|----------------------------|---|------------|
| - zuzüglich je Glas bis zu | = | 21,00 EUR, |
|----------------------------|---|------------|

-getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser:

| | | |
|----------------------------|---|------------|
| - zuzüglich je Glas bis zu | = | 11,00 EUR. |
|----------------------------|---|------------|

Kontaktlinsen

| | | |
|-------------|---|------------|
| - sphärisch | = | 154,00 EUR |
| - torisch | = | 230,00 EUR |

Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind nur bei bestimmten Indikationen beihilfefähig.

Die augenärztliche Verordnung sollte daher das Krankheitsbild enthalten. Außerdem empfiehlt es sich, die Mehrkosten für die besonderen Gläser vom Optiker gesondert bescheinigen zu lassen. Die Mehraufwendungen für die Beschaffung von Kontaktlinsen sind nur bei Vorlage bestimmter Indikationen beihilfefähig. Liegt eine entsprechende Indikation nicht vor, können nur die anteiligen Aufwendungen zu den Kosten einer normalen Brille als beihilfefähig anerkannt werden.

Bei gleich bleibender Sehschärfe sind die Kosten für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe grundsätzlich nur dann beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre, bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre vergangen sind.

7.4.2

Bei Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Aufwendungen für eine Sehhilfe nach schriftlicher Verordnung eines Augenarztes beihilfefähig, wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, beide Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge $\leq 0,3$ beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld ≤ 10 Grad bei zentraler Fixation ist.

Es gelten auch hier die beihilfefähigen Höchstbeträge (siehe Punkt 7.4.1)

7.5

Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten Fällen beihilfefähig.

7.6

Die beihilfefähigen Aufwendungen für **Hilfsmittel** mindern sich um 10 v. H. der Kosten, mindestens um 5,00 EUR, höchstens um 10,00 EUR, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten des Hilfsmittels. Dies gilt nicht für Hilfsmittel, für die das Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt hat.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen um 10 vom Hundert, höchstens um 10,00 EUR für den Monatsbedarf je Indikation (z. B. Inkontinenzartikel).

7.7

Die Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung von Hilfsmitteln und Geräten sind nur beihilfefähig, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres 100,00 EUR übersteigen. Nicht beihilfefähig sind folgende Aufwendungen: Batterien für Hörgeräte bei Personen über 18 Jahren sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

8. Beförderungskosten

Aus Anlass einer Krankheit sind die Aufwendungen für folgende Fahrten beihilfefähig:

- Fahrten als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
- Fahrten im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden.
- Bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus sind die Kosten nur beihilfefähig, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus.
- Fahrten zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.
- Fahrten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist.
- Fahrten als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund Ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport).
- Fahrten der Eltern anlässlich des Besuches ihres stationär untergebrachten Kindes oder Jugendlichen in begründeten Ausnahmefällen.

Rückbeförderungen wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reisen sind nicht beihilfefähig.

8.1

Die Fahrkosten sind beihilfefähig, bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung. Höhere Fahrkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren. Wurde ein privater Pkw benutzt, ist höchstens der in § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag (0,20 EUR) beihilfefähig.

Bei Rettungsfahrten und Krankentransporten sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

8.2

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 v. H. der Kosten, mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

9. Krankenhausbehandlung

Für die Abrechnung eines Krankenhausaufenthaltes wird zwischen Krankenhäusern, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen und solchen, die die BPfIV oder das KHEntgG nicht anwenden.

Durch die Abrechnung nach der BPfIV ist eine leistungsgerechte, auf die Art der Behandlung/Operation und ggf. auf die jeweilige Abteilung bezogene Vergütungsform festgelegt. Damit wird eine leistungsgerechte Belastung der Patienten und der Kostenträger ermöglicht.

Nach Maßgabe des § 62 Landesbeamtengesetz Brandenburg (LBG) Fassung vom 1. April 2009 erhalten Beamte und Versorgungsempfänger des Landes Brandenburg in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen Beihilfe nach den für die Beamten und Versorgungsempfänger des Bundes jeweils geltenden Vorschriften. Der Minister der Finanzen kann im Einvernehmen mit dem Minister des Innern ergänzende Verwaltungsvorschriften erlassen und darin das Verfahren und die Zuständigkeit abweichend von den vorgenannten Vorschriften regeln.

Hiernach sind die Aufwendungen für Wahlleistungen während eines stationären Aufenthaltes (Zwei-Bett- und Ein-Bett-Zimmer sowie Chefarztbehandlungen) nicht beihilfefähig.

Dies gilt nicht für am 1. Januar 1999 vorhandene Schwerbehinderte, solange die Schwerbehinderung andauert. Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Angehörige des Beihilfeberechtigten.

Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die die BPfIV oder das KHEntgG nicht anwenden, sind die Kosten für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung beihilfefähig. Hierzu muss eine Vergleichsberechnung durchgeführt werden.

10. Rehabilitation und Rehabilitationsmaßnahmen

10.1 Anschlussheil- und Suchtbehandlung

Als stationäre Krankenhausbehandlung gilt auch eine ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation (AHB) und Suchtbehandlung. Die AHB schließt sich in der Regel unmittelbar an einen stationären Krankenhausaufenthalt an. Die Aufnahme sollte spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt erfolgen.

Aufwendungen für die ambulante Nachsorge einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

Die Einrichtungen, in denen die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt werden, müssen für die Durchführung der Maßnahme geeignet sein. Einrichtungen können ohne Prüfung als geeignet angesehen werden, wenn sie die Voraussetzungen für die Anerkennung der Maßnahme durch Träger der Sozialversicherung (z. B. Träger der Kranken-, der Renten- oder ggf. auch der Unfallversicherung) bieten.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10,00 EUR je Kalendertag, höchstens für 28 Tage im Kalenderjahr. (für Nr. 9 und 10.1)

10.2. Rehabilitationsmaßnahmen

Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens (amtsärztliches Gutachten) sind durch die Festsetzungsstelle zu tragen.

10.2.1 Stationäre Rehabilitation (Sanatorium)

Eine **Sanatoriumsbehandlung** ist eine spezielle stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt, die unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen (z. B. mit Mitteln physikalischer und diätischer Therapie) durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.

Bei einem Sanatoriumsaufenthalt ist die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle erforderlich. Der Amtsarzt muss bestätigen, dass der Sanatoriumsaufenthalt dringend notwendig und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist.

Es sind die Kosten für höchstens drei Wochen beihilfefähig, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- Unterkunft und Verpflegung zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums,
- die ärztliche Behandlung, die Beförderung, die medizinischen Anwendungen (Bäder, Massagen usw. gemäß den beihilfefähigen Höchstbeträgen) der ärztliche Schlussbericht und die Kurtaxe
- für die An- und Abreise in Höhe von 0,20 EUR je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200,00 EUR, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. Bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind außerdem die Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

Sanatoriumsbehandlungen dürfen ausgenommen bei besonderer Dringlichkeit nur alle vier Jahre als beihilfefähig anerkannt werden.

Für Begleitpersonen sind bis zu 70 v. H. des niedrigsten Satzes für Unterkunft und Verpflegung des Sanatoriums und die Kurtaxe beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit einer Begleitperson entsprechend den Vorgaben der BBhV geprüft und nachgewiesen wird.

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung mindern sich um 10,00 EUR je Kalendertag.

10.2.2 Mutter-Kind- oder Vater-Kind- Rehabilitation (Kur)

Die Aufwendungen sind für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig, wenn diese in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer anderen, nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannte Einrichtung durchgeführt wird. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in geeigneten Einrichtungen.

Maßgebend für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Mutter-Kind/Vater-Kind-Kur ist das Ergebnis eines von der Beihilfe-Festsetzungsstelle zuvor einzuholenden amtsärztlichen Gutachtens. Vor Beginn der Rehabilitationskur ist daher die Anerkennung durch die Beihilfestelle unbedingt abzuwarten.

Die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt.

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung mindern sich um 10,00 EUR je Kalendertag.

10.2.3 Familienorientierte Rehabilitation bei Krebserkrankung eines Kindes

Ziel ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes Familienmitglied die Voraussetzung für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt.

Deshalb ist bei einer ärztlich verordneten **familienorientierten Rehabilitation** bei Krebserkrankung eines Kindes kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich.

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung mindern sich um 10,00 EUR je Kalendertag.

10.2.4 Ambulante Rehabilitation (Heilkur)

Unter einer **Heilkur** ist keine stationäre Behandlung zu verstehen, sondern eine ambulante Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurorteverzeichnis enthaltenen Kurort durchgeführt wird. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein (Unterbringung in einer Pension, einem Hotel oder Kurheim).

Aufwendungen für eine Heilkur sind nur bei aktiven Bediensteten (Beamte und beihilfeberechtigte Arbeitnehmer) beihilfefähig. Maßgebend für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist das Ergebnis eines von der Beihilfe-Festsetzungsstelle zuvor einzuholenden amtsärztlichen Gutachtens. Vor Beginn der Heilkur ist daher die Anerkennung durch die Beihilfestelle unbedingt abzuwarten.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen bis zum Betrag von 16,00 EUR täglich,
- die ärztliche Behandlung, die Beförderung, die medizinischen Anwendungen (Bäder, Massagen usw. gemäß den beihilfefähigen Höchstbeträgen) der ärztliche Schlussbericht und die Kurtaxe.
- für die An- und Abreise in Höhe von 0,20 EUR je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200,00 EUR, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. Bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind außerdem die Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

Sofern die Kosten pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis begrenzt. Die Kosten werden um 10,00 EUR je Kalendertag gemindert.

Heilkuren dürfen, ausgenommen bei besonderer Dringlichkeit, nur alle vier Jahre als beihilfefähig anerkannt werden.

Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Familienangehörige können keine Beihilfe für Heilkuren erhalten. Zu Arztkosten und Aufwendungen für Heilbehandlungen (Medikamente, Bäder, Massagen usw.) anlässlich einer Heilkur wird jedoch eine Beihilfe gewährt, so als seien sie am Wohnort entstanden. Hier ist eine genaue Aufstellung der ärztlichen Leistungen, der Heilbehandlungen und der Medikamente erforderlich.

10.2.5 Ärztl. verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme in Reha-Einrichtungen

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn diese ärztlich verordnet sind und von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen.

10.2.6 Ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung

Beihilfefähig im Sinne dieser Vorschrift ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der in Anhang 9 (BBhV) enthaltenen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.10.2003 in der Fassung vom 01.01.2007

11. Zahnärztliche Leistungen

Zur Prüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen besteht die Möglichkeit einen Heil- und Kostenplan vorab einzureichen.

- Zahnärztliche Leistungen sind grundsätzlich nur bis zur Regelspanne des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) beihilfefähig.
- Die Rechnungen über zahnärztliche Leistungen müssen nach den Nummern der GOZ aufgegliedert sein und den Schwellenwert des Gebührensatzes der GOZ enthalten.
- Alle Material- und Laborkosten, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C (Konservierende Leistungen Nr. 213 bis Nr. 233), F (Prothetische Leistungen Nr. 500 bis Nr. 534) und K (implantologische Leistungen Nr. 900 bis Nr. 909) und den Nummern 708 bis 710 (Interimsszahnersatz) des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 40 Prozent beihilfefähig unabhängig davon, ob es sich um den Ersatz von Auslagen für zahn-technische Leistungen oder nach dem Gebührenverzeichnis zusätzlich berechenbare Materialien und Auslagen handelt.

11.1

Für **Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst** und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen ist eine Beihilfe zu den Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F GOZ), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 GOZ), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J GOZ) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K GOZ) ausgeschlossen.

Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einen Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist oder der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

11.2

Die Aufwendungen für **implantologische Leistungen** nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ- einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen - sind beihilfefähig bei

- a) weniger als acht angelegten Zähnen pro Kiefer im jugendlichen Erwachsenenengebiss,
- b) großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektion,
- c) angeborener Fehlbildung des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte),
- d) dauerhafter extremer, irreversibler, nicht medikamentenbedingter Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Zusammenhang einer Tumorbehandlung,
- d) nicht willentlich beeinflussbarer muskulärer Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (beispielsweise Spastiken), wenn nach neurologischem Attest kein herausnehmbarer Zahnersatz (auch implantatgestützt) getragen werden kann, oder
- e) implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer, wenn auf andere Weise die Kaufähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann.

In den Fällen von der Indikation e) sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer einschließlich vorhandener Implantate, beihilfefähig.

Die medizinischen Indikationen für eine Implantatversorgung wurden dem aktuellen Stand der Zahnmedizin entsprechend überarbeitet. Ohne Indikation (a bis e) sind zwei Implantate pro Kiefer beihilfefähig. Aufwendungen der Suprakonstruktion (der Zahnkronen-ähnliche Aufbau, der auf das Implantat aufgesetzt wird) bei Implantatversorgung sind immer beihilfefähig.

Die Angabe einer entsprechenden Indikation ist in jedem Fall Voraussetzung für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen.

11.3

Aufwendungen für **kieferorthopädische Leistungen** sind nach vorheriger Anerkennung durch die Beihilfestelle beihilfefähig, wenn

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern) und
- ein Heil- und Kostenplan vorliegt.

Sollte eine Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung erforderlich sein, ist ein erneuter Heil- und Kostenplan einzureichen. Dieser ist im letzten Quartal vor Ablauf der vierjährigen Behandlung vorzulegen.

Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung (einschließlich Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan) beihilfefähig.

11.4

Die Aufwendungen für **funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Nr. 800 bis 810 GOZ)** sind nur bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
- Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 701 und 702 des Gebührenverzeichnisses der GOZ,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
- umfangreiche Gebiss-Sanierungen. Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist.

Der erhobene Befund ist mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

12. Dauernde Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI erfüllt sind. 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.

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 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe bedürfen.

Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind beihilfefähig die Aufwendungen für Pflegebedürftige:

| | | ab 01.01.2010 | ab 01.01.2012 | |
|----|---------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| 1. | der Pflegestufe I | 420,00 EUR | 440,00 EUR | 450,00 EUR |
| 2. | der Pflegestufe II | 980,00 EUR | 1.040,00 EUR | 1.100,00 EUR |
| 3. | der Pflegestufe III | 1.470,00 EUR | 1.510,00 EUR | 1.550,00 EUR |

Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt:

| | | ab 01.01.2010 | ab 01.01.2012 | |
|----|------------------------|----------------------|----------------------|------------|
| 1. | in der Pflegestufe I | 215,00 EUR | 225,00 EUR | 235,00 EUR |
| 2. | in der Pflegestufe II | 420,00 EUR | 430,00 EUR | 440,00 EUR |
| 3. | in der Pflegestufe III | 675,00 EUR | 685,00 EUR | 700,00 EUR |

Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung wird ebenfalls eine Pauschalbeihilfe gezahlt, und zwar

| | | ab 01.01.2010 | ab 01.01.2012 | |
|----|------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| 1. | in der Pflegestufe I | 1.023,00 EUR | | |
| 2. | in der Pflegestufe II | 1.279,00 EUR | | |
| 3. | in der Pflegestufe III | 1.470,00 EUR | 1.510,00 EUR | 1.550,00 EUR mtl. |

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens übersteigen. Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich des laufenden Erwerbseinkommens.

Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund des Einstufungsbescheides der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegeversicherung (PPV) des medizinischen Dienstes.

Diese Leistungen werden anteilig nach dem Bemessungssatz von der Beihilfestelle gewährt. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 %.

13. Ambulante Psychotherapie

Die Aufwendungen für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (Nr. 845 bis 847, 849 der GOÄ), tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien (Nr. 860 bis 865 der GOÄ), sowie Verhaltenstherapien (Nr. 870 und 871 der GOÄ) sind nur beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach der Anlage 2 Nr. 2 bis 4 zur BBhV erbracht werden.

Aufwendungen für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien und Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und ggf. nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind, und
- die Feststellungsstelle **vor Beginn** der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines ärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden **Indikation** die Behandlung der Besserung oder Heilung einer Krankheit dient.

Die Dauer der Behandlung darf jedoch **je Krankheitsfall** folgende Stundenzahlen nicht überschreiten:

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung **25 Sitzungen**
- beim autogenen Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung **12 Sitzungen**
- bei Hypnose als Einzelbehandlung **12 Sitzungen**.

14. Sonstige Beihilfeleistungen

Beihilfefähig sind u. a. Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, Familien- und Haushaltshilfe, Soziotherapie, künstliche Befruchtung, Schwangerschaft und Geburt, Leistungen bei lebensbedrohlich oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheiten und Palliatversorgung.

Bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen setzen Sie sich bitte mit der Beihilfekasse in Verbindung.

15. Nicht beihilfefähige Aufwendungen, Sachleistungen und Kostenerstattung

Nicht beihilfefähig sind u. a.

15.1

Aufwendungen für

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei dieser Krankheit anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
- Mund- und Rachentherapeutika,
- Abführmittel, Abmagerungsmittel, Arzneimittel zur Anwendung bei erektiler Dysfunktion, Nikotinabhängigkeit und Verbesserung des Haarwuchses,
- Verhütungpräparate (es sei denn sie werden zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet oder das 20. Lebensjahr wurde noch nicht vollendet),
- Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen (z.B. Diätkost, Mineral- und Heilwässer, medizinische Körperpflegemittel und dergleichen),
- Zuzahlungen bzw. Kostenanteile,
- Krankenversicherungsbeiträge,
- eine Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode (z.B. Frisch- und Trockenzelltherapie, Regeneresen, Geriatrika, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne),
- Stärkungsmittel und dergleichen, Vitaminpräparate,
- die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung.

15.2

Sachleistungen einer gesetzlichen Krankenkasse, Unfallversicherung und der Versorgungsverwaltung nach dem BVG (z.B. ärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw., die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden),

16. Anderweitig zustehende Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe o. Kostenerstattung

16.1

Folgende Personen sollten zur Vermeidung von Nachteilen die Leistungen ihrer Krankenkasse vorrangig in Anspruch nehmen:

- auf Grund einer Tätigkeit Pflichtversicherte,
- Mitglieder in der Krankenversicherung der Rentner,
- Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 240 Abs. 3a SGB V) bemisst oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben,

- Beschädigte, denen wegen anerkannter Schädigungsfolgen (Kriegsleiden) Heilbehandlung zusteht (§ 10 Abs. 1 BVG).

Werden zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen (z.B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt), ist die Gewährung einer Beihilfe ausgeschlossen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlerkreis, wäre der fiktive Leistungsanteil der Krankenkasse, oder, sofern dieser nicht nachgewiesen oder ermittelt werden kann, 50 v. H., bei Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilbehandlungen 100 v. H. als zustehende Kassenleistung anzusetzen.

16.2 Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte,

-Beschädigte, denen Heilbehandlung auch für Gesundheitsstörungen gewährt wird, die nicht als Schädigungsfolge anerkannt sind (§ 10 Abs. 2 BVG),

- Ehegatten und Kinder von Schwerbeschädigten sowie Witwen, die eine Grundrente (auch Ausgleichsrente) vom Versorgungsamt beziehen und somit Anspruch auf freie Heilbehandlung (Bundesbehandlungsschein) haben (§ 10 Abs. 4 BVG),

sind nicht verpflichtet, diese Leistung in Anspruch zu nehmen, müssen jedoch den Nachweis führen, ob Leistungen erbracht worden sind.

17. Eigenbehalte und Belastungsgrenze (Zusammenfassung)

Arznei- und Verbandmittel, Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 v. H.,

Fahrkosten und Hilfsmittel mindestens um 5,00 EUR, höchstens um 10,00 EUR, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen höchstens um 10,00 EUR für den Monatsbedarf je Indikation.

Familien- und Haushaltshilfe und Soziotherapie Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 v. H., mindestens um 5,00 EUR, höchstens um 10,00 EUR, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. je Kalendertag.

Krankenhausbehandlung und Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10,00 EUR je

AHB/Suchtbehandlung Kalendertag, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr.

stationäre Reha (Sanatorium), Die beihilfefähigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung

ambulante Reha (Heilkuren) mindern sich um 10,00 EUR je Kalendertag. Bei Heilkuren nur, wenn die Aufwendungen pauschal in Rechnung gestellt werden.

häusliche Krankenpflege Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 v. H. der Kosten und 10,00 EUR je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme.

ambulante zahnärztl., ärztliche Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10,00 EUR je
je
oder psychotherapeutische Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von
Behandlungen sowie ambulanten zahnärztlichen, ärztlichen oder psychotherapeutischen
Leistungen von Heilpraktikern/ ambulanten zahnärztlichen, ärztlichen oder psychotherapeutischen
Heilpraktikerinnen Leistungen und Leistungen des Heilpraktikers.

17.1

Die Beträge sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für:

- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrkosten nach § 35 Abs. 2 BBhV,

- Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,

- ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimitteln,

- Arznei- und Verbandmittel nach § 22, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden,

- Hilfsmittel und Heilbehandlungen, für die vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind,
- Harn- und Blutteststreifen und
- bei Arzneimitteln, wenn der Verkaufspreis mindestens 30 % niedriger als der Festbetrag ist.

17.2

Innerhalb eines Kalenderjahres sind die Beträge auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzuges folgt.

Die Belastungsgrenze beträgt:

- 2 % des jährlichen Einkommens
- für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, 1 % des jährlichen Einkommens

Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 % und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag.

Maßgebend ist das Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.

Eine chronische Erkrankung liegt vor, wenn wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal eine ärztliche Behandlung erfolgte und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III nach dem SGB IX/Kapitel II vor
- es liegt ein Grad der Behinderung von mindestens 60 % oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 % vor
- es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität auf Grund der ständig behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörungen zu erwarten ist.

18. Berechnung der Beihilfe

Grundlagen für die Bemessung der Beihilfe sind die beihilfefähigen Aufwendungen (müssen mit den geltend gemachten Aufwendungen nicht übereinstimmen) - ggf. gekürzt um anzurechnende Leistungen -.

18.1 Bemessungssatz

Der Bemessungssatz ist personenbezogen.

Er beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für:

- | | |
|--|----------|
| • aktive Beamte und beihilfeberechtigte Arbeitnehmer | 50 v. H. |
| • aktive Beamte und beihilfeberechtigte Arbeitnehmer mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern | 70 v. H. |
| • Versorgungsempfänger, die als solche beihilfeberechtigt sind | 70 v. H. |
| • berücksichtigungsfähige Ehegatten | 70 v. H. |
| • ein berücksichtigungsfähiges Kind, sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist | 80 v. H. |

Zuordnung von Kindern bei mehreren Beihilfeberechtigten

Ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, die oder der den Familienzuschlag für das Kind erhält. Damit entfällt die Vorlagepflicht von Originalbelegen.

Sind zwei oder mehr Kinder bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erhält die- oder derjenige den erhöhten Beihilfebemessungssatz von 70 %, die oder der den Familienzuschlag oder Auslandskinderzuschlag bezieht. Damit entfällt die bisherige gemeinsame Erklärung. Zur Neufestlegung gibt es eine Übergangsfrist von 6 Monaten nach Inkrafttreten der BBhV.

18.2 Berücksichtigungsfähige Angehörige

18.2.1

Zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen gehört der Ehegatte des Beihilfeberechtigten.

Gemäß § 4 Abs. 1 BBhV sind die Ehegatten und Ehegattinnen berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im **zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe (Vorvorkalenderjahr) 17.000 €** nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist die Ehegattin oder der Ehegatte unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen und Ehegatten der Beihilfeberechtigten nach § 3 BBhV im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

Auf Ehegattinnen und Ehegatten, die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Bundesbeihilfeverordnung als berücksichtigungsfähige Angehörige unter der Einkommensgrenze nach § 5 Abs. 4 der Beihilfevorschriften des Bundes (18.000 €) lagen, aber die Einkommensgrenze nach § 4 Abs. 1 BBhV (17.000 €) überschreiten, ist die bisherige Einkommensgrenze bis zur erstmaligen Überschreitung weiter anzuwenden. Bei Prüfung des Einkommens von berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten wird immer auf den Zeitpunkt der Antragstellung abgestellt, unabhängig zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen entstanden sind.

18.2.2

Zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen gehören die im Familienzuschlag nach dem Bundesbeoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

Die insoweit maßgeblichen Vorschriften des BBesG setzen hinsichtlich der Berücksichtigungsfähigkeit eines Kindes voraus, dass dem Beamten Kindergeld nach dem BKGG zusteht oder ohne Berücksichtigung bestimmter Vorschriften zustehen würde.

18.3 Bemessungssätze in besonderen Fällen

18.3.1

Bei freiwilligen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. AOK, BEK) erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 v. H. der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen.

Für Aufwendungen, zu denen die Krankenkasse keine Kostenerstattung geleistet hat, sowie für Personen, die einen Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 21,00 Euro mtl. zum Krankenkassenbeitrag erhalten und für Personen, die nach § 240 Abs. 3a SGB V nur die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zahlen, steht der Bemessungssatz nach Punkt 16.1 zu.

18.3.2

Wird zu Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss in Höhe von mindestens 41,00 Euro auf Grund von Rechtsvorschriften (z.B. Rentenversicherungsträger) oder aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses gewährt, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 v. H.

18.3.3

Sind Arbeitnehmer in der privaten Krankenversicherung versichert und erhalten einen Beitragszuschuss zu Ihren Krankenversicherungsbeiträgen, sind die gewährten Leistungen der Krankenversicherung von den beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen. Aus den danach verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen errechnet sich dann die Beihilfe nach den personenbezogenen Bemessungssätzen des § 46 BBhV.

18.3.4 Wahltarife

Anfallende spezielle Prämienzahlungen, Abschläge und Selbstbehalte auf Grund von Wahltarifen nach dem neuen § 53 SGB V, die die Versicherten zu tragen haben, führen nicht zur Erhöhung der beihilfefähigen Aufwendungen.

Hier ist anzuzeigen ob das Kostenerstattungsverfahren einem Wahltarif nach dem neuen § 53 SGB V zuzuordnen ist und ggf. ist die Mitteilung der Krankenkasse zu den Belegen einzureichen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind in diesen Fällen in der Höhe anzurechnen, wie sie ohne den selbst gewählten Tarif dem Versicherten zustehen würden.

19. Begrenzung der Beihilfe

19.1

Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen - soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen - unberücksichtigt.

19.2

Dies gilt nicht für privat versicherte Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten, wenn diese Personen am 01.10.1985 in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind und solange dieser Tarif beibehalten wird.

20. Nachweis von Leistungen

Erhaltene Leistungen Dritter (z.B. gesetzliche Krankenkasse, priv. Krankenversicherung) sind anzugeben und auf den betreffenden Belegen bescheinigen zu lassen. Ob Leistungen Dritter von den beihilfefähigen Aufwendungen abzusetzen sind, prüft die Festsetzungsstelle.

Für Fragen und Auskünfte stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Versorgungs- und Beihilfekasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg gerne zur Verfügung.

Telefon : (0 33 06) 79 86 - 0
Telefax : (0 33 06) 79 86 - 66
Internet : www.kvbbg.de

Ansprechpartner

Beihilfesachbearbeiter

| | | |
|-----------------------|------|--|
| Frau Rita Bethke | - 53 | Rita.Bethke@kvbbg.de |
| Frau Nicole Feuerhaak | - 14 | Nicole.Feuerhaak@kvbbg.de |
| Frau Doris Franke | - 15 | Doris.Franke@kvbbg.de |
| Frau Käthe Möller | - 13 | Kaethe.Moeller@kvbbg.de |

Teamleitung

| | | |
|-------------------|------|--|
| Frau Jimena Ewert | - 12 | Jimena.Ewert@kvbbg.de |
|-------------------|------|--|

Besucheranschrift

Kommunaler Versorgungsverband
Brandenburg
- Versorgungskasse -
Rudolf-Breitscheid-Straße 62
16775 Gransee

Postanschrift

Kommunaler Versorgungsverband
Brandenburg
- Versorgungskasse -
Rudolf-Breitscheid-Straße 62
16775 Gransee

Besuchszeit

Mo, Mi, Do von 9.00 bis 15.00 Uhr
Di von 9.00 bis 18.00 Uhr
Fr von 9.00 bis 13.00 Uhr