



**Kommunaler
Versorgungsverband
Brandenburg**
Beihilfe

Wissenswertes für Beihilfeberechtigte

Mit Sicherheit gut versorgt

Inhaltsverzeichnis

1. Antragsfrist	Seite 3
2. Antragsunterlagen	Seite 3
3. Ausfüllen der Antragsunterlagen	Seite 3
4. Beihilfefähige Aufwendungen	Seite 4
5. Arzneimittel	Seite 4
6. Hilfsmittel	Seite 5
7. Fahrtkosten	Seite 6
8. Krankenhausbehandlung	Seite 7
9. Rehabilitationsmaßnahmen	Seite 8
10. Zahnärztliche Leistungen	Seite 11
11. Dauernde Pflegebedürftigkeit	Seite 13
12. Ambulante Psychotherapie	Seite 13
13. Sonstige Beihilfeleistungen	Seite 14
14. Nicht beihilfefähige Aufwendungen, Sachleistungen und Kostenerstattung	Seite 15
15. Anderweitig zustehende Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung	Seite 15
16. Minderung der beihilfefähigen Aufwendungen	Seite 15
17. Berechnung der Beihilfe	Seite 16
18. Begrenzung der Beihilfe	Seite 18
19. Nachweis von Leistungen	Seite 18



Wissenswertes für Beihilfeberechtigte

Stand: 01/2024

Diese Broschüre ist nur zur allgemeinen Information bestimmt. Sie soll Ihnen einen Überblick über die geltenden Bestimmungen verschaffen. Grundsätzlich gilt das Landesbeamtenengesetz Brandenburg in Verbindung mit der Bundesbeihilfeverordnung. Kurzdarstellungen und Erläuterungen in Broschüren können nicht vollständig sein und nicht alle im Einzelfall erheblichen Besonderheiten erfassen; Rechtsansprüche können deshalb aus dieser Broschüre 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 04.10. ausgestellt worden; der Antrag auf Gewährung einer Beihilfe muss spätestens am 04.10. des folgenden Jahres hier eingegangen sein.

2. Antragsunterlagen

Vorzulegen sind:

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe auf dem amtlichen Vordruck, und die Kostenbelege (in Kopie). Zum Nachweis der Aufwendungen sind Zweitschriften grundsätzlich ausreichend. In den erforderlichen Fällen sind ärztliche Verordnungen oder Notwendigkeitsbescheinigungen beizufügen. Quittungen, Heil- und Kostenpläne, Mahnungen oder Zahlungsaufforderungen können als Nachweis nicht anerkannt werden.

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

Für die Prüfung der Beihilfe ist die Vorlage des aktuellen Versicherungsnachweises erforderlich.

Die Belege erhalten Sie nicht zurück. Neue Formblätter werden auf Wunsch (Bestätigung im Antrag) mit dem Beihilfebescheid versendet.

3. Ausfüllen der Antragsunterlagen

3.1 Antrag

Füllen Sie bitte den Antrag sorgfältig und vollständig aus.

Beantworten Sie jede Frage mit - ja - oder - nein - (ankreuzen), falls erforderlich in den dafür vorgesehenen Feldern mit erläuternden Zusätzen. Unterschreiben Sie den Antrag oder bevollmächtigen Sie jemanden schriftlich hierzu. Ungenaue oder unvollständige Angaben verzögern die Bearbeitung Ihres Beihilfeantrages.

Für die Beantragung der Beihilfe steht ein Kurzantrag zur Verfügung, welcher jedoch nur zu verwenden ist, wenn sich keine Änderungen zu den im ausführlichen Antragsvordruck gemachten Angaben ergeben haben. Sobald sich Änderungen ergeben (z.B. in einer abweichenden Bankverbindung), ist der vollständige Antragsvordruck auszufüllen. Die Verwendung des Kurzantrages entbindet den Beihilfeberechtigten nicht von der Verpflichtung zu richtigen und vollständigen Angaben.

3.2 Antragsrecht

Das Antragsrecht obliegt der beihilfeberechtigten Person. Dies gilt auch für die Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Die Festsetzungsstelle kann nach vorheriger Anhörung des Beihilfeberechtigten zur Vermeidung unbilliger Härten Ausnahmen hiervon zulassen, so dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter die Beihilfe selbst beantragen können. Ein eigener Beihilfeanspruch erwächst hieraus nicht.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen weibliche und männliche Personen; alle sind gleichberechtigt angesprochen.

4. Beihilfefähige Aufwendungen

4.1 Beihilfefähig sind nur die notwendigen und angemessenen Aufwendungen (zum Teil durch Höchst-, Fest- oder Anrechnungsbeträge begrenzt). Ob die Aufwendungen notwendig und angemessen sind, prüft die Festsetzungsstelle. Sie kann bei Zweifeln ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

4.2 Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Somit wird bei entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen, einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern, kein Kostenvergleich durchgeführt.

Bei außerhalb der Europäischen Union entstandenen Kosten sind die Aufwendungen bis zu der Höhe beihilfefähig, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Die Aufwendungen sind 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 bzw. zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste.

Für beihilfefähige Aufwendungen von Versorgungsempfängern mit ständigem Wohnsitz außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union 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 Antragsteller mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt.

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

5. Arzneimittel

5.1 Die vom Arzt oder Zahnarzt verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei-, Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sind beihilfefähig, sowie Medizinprodukte, die in Anlage 4 aufgeführt sind und die dort genannten Maßnahmen erfüllen.

5.2 Nicht beihilfefähig sind u. a. Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Dies gilt nicht für Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden, 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 ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Ausnahmen können bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln vorliegen, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Diese sind in der Anlage 6 der BBhV aufgeführt.

Darüber hinaus sind Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen, verschreibungspflichtige Arzneimittel u.a. zur Behandlung von Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten, von Reisekrankheiten sowie Mund- und Rachentherapeutika nicht beihilfefähig.

5.3 Sofern ein Festbetrag für das Arzneimittel festgelegt ist, können die Aufwendungen maximal bis zur Höhe des Festbetrages anerkannt werden. Auskünfte hierüber können direkt bei der Abholung in der Apotheke eingeholt werden. Zusätzlich können die jeweils geltenden Festbeträge auf der Internetseite www.dimdi.de eingesehen werden.

5.4 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel mindern sich pro Packung um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5,00 EUR, höchstens um 10,00 EUR, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten des Arzneimittels.

Dies gilt nicht für Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 30 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zu Grunde liegt, sowie für Harn- und Blutteststreifen.

5.5 Gesondert ausgewiesene Versandkosten sind nicht beihilfefähig.

6. Hilfsmittel

6.1 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 11 der BBhV aufgeführt sind.

6.2 Nicht zu den Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben, deren Anschaffungskosten der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder die in der Anlage 12 der BBhV genannt sind.

6.3 Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für andere als in der Anlage 11 oder 12 der BBhV aufgeführte Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör können ausnahmsweise als beihilfefähig anerkannt werden, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes (BeamtStG) notwendig ist. Hierfür ist die Zustimmung der obersten Dienstbehörde einzuholen. Es empfiehlt sich, in diesen Fällen vorher Rücksprache mit der Beihilfekasse zu halten.

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

Perücken (Ersatzbeschaffung Echthaar nach 2 Jahren, Kunsthaar nach 1 Jahr)	512,00 EUR
Hörgeräte bei Personen ab 15.Jahren (je Ohr)	1.500,00 EUR
Elektroscooter (ausgenommen Zulassung und Versicherung)	2.500,00 EUR
Computerspezialausrüstung für Behinderte (Spezialhardware und Spezialsoftware)	3.500,00 EUR
Braillezeile mit 40 Modulen	5.400,00 EUR
Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion)	150,00 EUR

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

- die Kosten für orthopädische Maßschuhe, Orthesenschuhe, Spezialschuhe für Diabetiker 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

6.4.1 Die Aufwendungen für **Sehhilfen** sind 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:

Vergütete Gläser mit Gläserstärken bis + 6 Dioptrien (dpt)

Einstärkengläser

für das sphärische Glas	31,00 EUR
für das zylindrische Glas	41,00 EUR

Mehrstärkengläser

für das sphärische Glas	72,00 EUR
für das zylindrische 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 21,00 EUR

getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser, zuzüglich je Glas 11,00 EUR

Kurzzeitlinsen (je Kalenderjahr)

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 gleichbleibender 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 oder die erneute Beschaffung einer Sehhilfe wegen einer geänderten Kopfform notwendig ist.

6.4.2 Bei Personen, die der Vollzeitschulpflicht unterliegen, sind Aufwendungen für die Brillenfassung bis zu 52,00 Euro beihilfefähig.

6.4.3 Nicht beihilfefähig sind u.a. Aufwendungen für entspiegelte Gläser, Bildschirmbrillen, eine Zweitbrille, Brillenversicherungen, Brillenetuis und Brillenfassungen (außerhalb des Schulsports).

6.4.4 Die Aufwendungen für vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe und für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen), sind unter Bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Das Team der Beihilfe hilft Ihnen in diesen Fällen gern weiter.

6.4.5 Die beihilfefähigen Aufwendungen für **Hilfsmittel** mindern sich in der Regel um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5,00 EUR, höchstens um 10,00 EUR, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten des Hilfsmittels. Dies gilt nicht für Hilfsmittel, für die beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt sind.

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

6.5 Die Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung von Hilfsmitteln und Geräten sind nur beihilfefähig, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres 100,00 EUR übersteigen.

6.6 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

6.7 Gesondert ausgewiesene Versandkosten sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

7. Fahrtkosten

7.1 Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich und zahnärztlich verordnete oder durch den Psychotherapeuten verordnete Fahrten:

- im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen
- anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- anlässlich einer ambulanten Operation, wenn dadurch eine stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird
- mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird
- zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung

Die Notwendigkeit der Vorlage einer Verordnung entfällt bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) oder der Pflegegrade 3 bis 5.

Beihilfefähig sind weiterhin Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten um ein untergebrachtes, schwer erkranktes Kind der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zu besuchen, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei dem zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind.

7.2 Ohne ärztliche Verordnung sind zudem Aufwendungen beihilfefähig für:

- Rettungsfahrten und –flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie,
- anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Festsetzungsstelle der Verlegung zugestimmt hat.

7.3 Wirtschaftlich angemessen sind nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und dem Ort der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit, außer es besteht ein zwingender Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort.

7.4 Die Fahrtkosten sind beihilfefähig bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittel. Wurde ein privater Pkw benutzt, ist höchstens der in § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) genannte Betrag (0,20 EUR) beihilfefähig.

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

Wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, können bei Fahrten mit einem Taxi die Kosten bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe erstattet werden.

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

7.6 Rückbeförderungen wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union sind nicht beihilfefähig.

8. Krankenhausbehandlung

Für die Abrechnung eines Krankenhausaufenthaltes wird zwischen zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und Krankenhäusern ohne Zulassung unterschieden.

Durch die Abrechnung durch zugelassene Krankenhäuser wird eine leistungsgerechte, auf die Art der Behandlung/ Operation und ggf. auf die jeweilige Abteilung bezogene Vergütungsform festgelegt. Damit werden eine leistungsgerechte Belastung der Patienten und der Kostenträger ermöglicht.

8.1 Bei Behandlungen in Krankenhäusern ohne Zulassung nach § 108 SGB V (Privatkliniken) sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

8.1.1 Bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des SGB V mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet werden,

- a) die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 26 Absatz 1 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des KHEntgG unter Zugrundelegung des einheitlichen Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 Satz 5 und 6 des KHEntgG für die Hauptabteilung ergibt.
- b) die nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ausgegliederten Pflegepersonalkosten, und zwar für jeden Belegungstag die maßgebliche Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des KHG multipliziert mit dem Betrag nach § 15 Absatz 2a Satz 1 des KHEntgG und
- c) Zusatzentgelte bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des KHEntgG ausgewiesenen Höhe;

8.1.2 bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des SGB V nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) nach § 17d des KHG und psychosomatischen Einrichtungen abgerechnet werden:

- a) das nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkatalogs berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 Euro und
- b) Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und
- c) ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes von 300 Euro.

Die beihilfefähigen Aufwendungen orientieren sich an den beihilfefähigen Aufwendungen in zugelassenen Krankenhäusern. Durch die Festsetzungsstelle wird ein Kostenvergleich durchgeführt. Hierfür werden sämtliche Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD10) bzw. der Pepp-Schlüssel und die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) benötigt.

8.1.3 bei einer Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste

8.1.4 die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des KHEntgG)

8.2 Gemäß § 62 Beamtenengesetz für das Land Brandenburg (LBG) vom 3. April 2009 (GVBl. I/09 Nr. 4), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Brandenburgischen Gesetzes zur Einführung einer pauschalen Beihilfe vom 5. Juli 2019 (GVBl. I/19 Nr. 19), erhalten Beamte und Versorgungsempfänger des Landes Brandenburg in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen Beihilfen nach den für die Beamten und Versorgungsempfänger des Bundes jeweils geltenden Vorschriften mit der Maßgabe des § 62 Abs. 4 LBG, dass Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung nicht beihilfefähig sind.

Diese Maßgabe gilt nicht für am 1. Januar 1999 vorhandene Schwerbehinderte, solange die Schwerbehinderung andauert. Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Angehörige der beihilfeberechtigten Person.

8.3 Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich in der Regel um 10,00 EUR je Kalendertag, höchstens für 28 Tage im Kalenderjahr.

9. Rehabilitationsmaßnahmen

In der Regel unterliegen Rehabilitationsmaßnahmen einem vorherigen Anerkennungsverfahren. Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens (amtsärztliches Gutachten) sind durch die Festsetzungsstelle zu tragen.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (9.2), Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen (9.3) und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (9.5) dürfen, ausgenommen bei besonderer Dringlichkeit, nur alle vier Jahre als beihilfefähig anerkannt werden.

Vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme wird dringend empfohlen, den Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung zu erfragen.

9.1 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

Ärztlich verordnete **Anschlussheilbehandlungen** / **Anschlussrehabilitationen (AHB)** und **Suchtbehandlungen** stellen eine mögliche Form einer Rehabilitationsmaßnahme dar. 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 ärztlich verordnete Anschlussheil- und Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder Entwöhnungsinstitutionen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 S. 1 SGB V oder § 111c SGB V besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig.

9.1.1 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung in angemessener Höhe
- Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderung

- o mit privaten Kraftfahrzeugen in Höhe von 0,20 EUR je Entfernungskilometer, insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme
- o mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten,
- o aus schwerwiegenden medizinischen Gründen können ggf. auch andere Transportmittel beihilfefähig sein

9.1.2 Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich in der Regel um 10,00 EUR je Kalendertag, höchstens für 28 Tage im Kalenderjahr.

9.2 Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (Sanatorium)

Eine **stationäre Rehabilitationsmaßnahme** wird in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 SGB V besteht.

Maßgebend für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist das Ergebnis eines von der Festsetzungsstelle zuvor einzuholenden amtsärztlichen Gutachtens. **Vor Beginn** der Rehabilitationsmaßnahme ist daher die Anerkennung durch die Beihilfestelle unbedingt abzuwarten.

9.2.1 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- Unterkunft und Verpflegung einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetag, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
- die medizinischen Anwendungen (Bäder, Massagen usw. gemäß den beihilfefähigen Höchstbeträgen),
- Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht
- Aufwendungen für Kurtaxe
- Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderung
 - o mit privaten Kraftfahrzeugen in Höhe von 0,20 EUR je Entfernungskilometer,
 - o mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten,
 - o insgesamt jedoch nicht mehr als 200,00 EUR
 - o aus schwerwiegenden medizinischen Gründen können ggf. auch andere Transportmittel beihilfefähig sein

Sofern die Kosten pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis begrenzt.

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

9.2.3 Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich in der Regel um 10,00 EUR je Kalendertag.

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

Die Aufwendungen für eine **Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme** sind für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig, wenn die Mutter bzw. der Vater behandlungsbedürftig ist und die Maßnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt wird, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht.

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

9.3.1 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- Unterkunft und Verpflegung für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreise in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt
- die medizinischen Anwendungen (Bäder, Massagen usw. gemäß den beihilfefähigen Höchstbeträgen),
- Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht
- Aufwendungen für Kurtaxe
- Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderung

- o mit privaten Kraftfahrzeugen in Höhe von 0,20 EUR je Entfernungskilometer,
- o mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten,
- o insgesamt jedoch nicht mehr als 200,00 EUR
- o aus schwerwiegenden medizinischen Gründen können ggf. auch andere Transportmittel beihilfefähig sein

9.3.2 Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich in der Regel um 10,00 EUR je Kalendertag.

9.4 Familienorientierte Rehabilitation bei schwerer chronischer Erkrankung 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** für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose, leiden, kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich.

9.5 Ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort (Heilkur)

Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme wird unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort durchgeführt. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein (Unterbringung in einer Pension, einem Hotel, einer Ferienwohnung oder Kurheim).

Aufwendungen für eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme sind nur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 BBhV (für aktive Bedienstete - Beamte und beihilfeberechtigte Beschäftigte) beihilfefähig. Maßgebend für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme ist das Ergebnis eines von der Festsetzungsstelle zuvor einzuholenden amtsärztlichen Gutachtens. **Vor Beginn** der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme ist daher die Anerkennung durch die Beihilfestelle unbedingt abzuwarten.

9.5.1 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- Unterkunft und Verpflegung für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage in Höhe von 16,00 EUR täglich,
- die medizinischen Anwendungen (Bäder, Massagen usw. gemäß den beihilfefähigen Höchstbeträgen),
- Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht
- Aufwendungen für Kurtaxe
- Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderung
 - o mit privaten Kraftfahrzeugen in Höhe von 0,20 EUR je Entfernungskilometer,
 - o mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten,
 - o insgesamt jedoch nicht mehr als 200,00 EUR
 - o aus schwerwiegenden medizinischen Gründen können ggf. auch andere Transportmittel beihilfefähig sein

9.5.2 Versorgungsempfänger sowie berücksichtigungsfähige Familienangehörige können keine Beihilfe für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort erhalten. Zu Arztkosten und Aufwendungen für Heilbehandlungen (Medikamente, Bäder, Massagen usw.) während einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme innerhalb der Europäischen Union wird jedoch eine Beihilfe gewährt, so als seien sie am Wohnort entstanden. Hier ist eine genaue Aufstellung der ärztlichen Leistungen, der ärztlich verordneten Heilbehandlungen und Medikamente erforderlich.

9.6 Ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme in wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen

Die ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen sind durchgeführte Komplextherapien mit ganzheitlichem Rehabilitationskonzept. Für die Anerkennung dieser Rehabilitationsmaßnahme ist die ärztliche Verordnung ausreichend. Ein Voranerkennungsverfahren (mit Einschaltung des Amtsarztes) ist nicht erforderlich. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn diese von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- die Behandlungspauschale in angemessener Höhe. Die angemessene Höhe entspricht der Vergütung, die von den Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen zu tragen sind.
- die Fahrtkosten, sofern die Rehabilitationseinrichtung keine kostenfreie Transportmöglichkeit anbietet
 - o die nachgewiesenen Fahrtkosten bis zu 10 Euro pro Behandlungstag
 - o mit privaten Kraftfahrzeugen in Höhe von 0,20 EUR je Entfernungskilometer,

9.7 Ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung

Beihilfefähig ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Je Übungseinheit sind bis zu 10,80 EUR beihilfefähig.

Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitnessstudios oder allgemeine Fitnessübungen.

10. Zahnärztliche Leistungen

Beihilfefähig sind nur medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Leistungen auf Verlangen des Patienten, wie z. B. medizinisch-ästhetische oder kosmetische Leistungen sind nicht beihilfefähig. Zur Prüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen besteht die Möglichkeit einen Heil- und Kostenplan vorab einzureichen.

Die Rechnungen über zahnärztliche Leistungen müssen nach den Regelungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt sein und den Schwellenwert des Gebührensatzes der GOZ bzw. GOÄ enthalten. Zahnärztliche Leistungen sind grundsätzlich nur bis zur Regelspanne des Gebührenrahmens der GOZ beihilfefähig.

Material- und Laborkosten, die bei einer zahnärztlichen Behandlung für konservierende Leistungen (2130 – 2320 GOZ), prothetische Leistungen (5000 – 5340 GOZ), implantologische Leistungen (9000 – 9170 GOZ) und einem Interimszahnersatz (7080 bis 7100 GOZ) entstanden sind, sind zu 60 Prozent beihilfefähig. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um den Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen oder nach dem Gebührenverzeichnis zusätzlich berechenbare Materialien und Auslagen handelt.

10.1 Für **Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst** und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen ist eine Beihilfe zu den Aufwendungen für prothetische Leistungen (5000 – 5340 GOZ), Inlays und Zahnkronen (2130 – 2320 GOZ), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (8000 – 8100 GOZ) sowie implantologische Leistungen (9000 – 9170 GOZ) ausgeschlossen.

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

10.2 Die Aufwendungen für **implantologische Leistungen** - einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen - sind beihilfefähig bei:

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
 - a) Tumoroperationen,
 - b) Entzündungen des Kiefers,
 - c) Operationen infolge großer Zysten,
 - d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt
 - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien oder
 - f) Unfällen
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbarer muskulärer Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (beispielsweise Spastiken) oder
5. implantatbasierter Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer

In den Fällen von Nummer 1 bis 4 sind alle medizinisch notwendigen Implantate beihilfefähig. Eine Kürzung der Material- und Laborkosten auf 60 Prozent erfolgt nicht. Sofern eine der o.g. Indikationen vorliegt, ist eine kurze zahnärztliche Bestätigung (z. B. auf dem Heil- und Kostenplan oder der Rechnung) hilfreich.

Im Falle von Nummer 5 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich bereits vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig.

Liegt keiner der in Satz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurde, beihilfefähig.

Aufwendungen für Suprakonstruktionen (der Zahnkronen-ähnliche Aufbau, der auf das Implantat aufgesetzt wird) sind immer beihilfefähig.

10.3 Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nach vorheriger Anerkennung durch die Beihilfestelle beihilfefähig, wenn bei Vorliegen eines Heil- und Kostenplanes

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
- bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.

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.

Maßnahmen der Kieferumformung und Kiefereinstellung (6030 bis 6080 der GOZ) können über den vierjährigen Zeitraum hinaus pro Jahr der Weiterbehandlung nur mit ein Viertel der vollen Gebühr als beihilfefähig anerkannt werden. Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen.

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.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen aufgrund einer Mehrkostenvereinbarung, z. B. bei gesondert abgerechneten Materialkosten.

Sofern es sich bei der kieferorthopädischen Behandlung um eine Frühbehandlung handelt (vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels) gelten umfangreichere Anerkennungsvoraussetzungen.

10.4 Die Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Nr. 8000 bis 8100 GOZ) sind nur bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:

- Kiefer- und Muskelerkrankungen,
- Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
- Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte,
- 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.

Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 der Anlage 1 zur GOZ vorzulegen.

11. Dauernde Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre, stationäre Pflege oder für ambulant betreute Wohngruppen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfüllt sind.

Aufwendungen für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, zusätzliche Betreuungsleistungen, Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Die Beihilfekasse beteiligt sich zudem an den Kosten der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

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 Hilfe bedürfen.

Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit erfolgt die Einstufung in einen von fünf Pflegegraden. Der Antrag auf Feststellung des Pflegegrades ist gegenüber der privaten oder sozialen Pflegekasse zu stellen. Diese entscheidet über den Antrag und übermittelt mit einem Bescheid die Einstufung in einen Pflegegrad. Dieser Bescheid ist der Festsetzungsstelle vorzulegen. Die Festsetzungsstelle entscheidet dann über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund des Einstufungsbescheides der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. der privaten Pflegeversicherung (PPV).

Aufwendungen, die über die Pflegekosten hinausgehen, wie Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten, sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Vorrangig sind zur Deckung der vorgenannten, verbleibenden Kosten immer Eigenmittel einzusetzen. Aus Fürsorgegründen kann aber zu diesen Aufwendungen auf besonderen Antrag Beihilfe gewährt werden, wenn den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen von ihren Einkünften nicht ein rechnerischer Mindestbetrag verbleibt.

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 Prozent.

12. Ambulante Psychotherapie

Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie werden unterteilt in Leistungen der psychotherapeutischen Akutbehandlung, der psychosomatischen Grundversorgung (Nr. 845 bis 847, 849 der GOÄ), tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien (Nr. 860 bis 865 der GOÄ), Verhaltenstherapien (Nr. 870 und 871 der GOÄ), Kurzzeittherapien sowie systemische Therapien.

12.1 Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn

- sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist und
- nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und ggf. nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie höchstens acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind, und
- die Festsetzungsstelle **vor Beginn** der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat, es sei denn, dass es sich um eine psychosomatische Grundversorgung, Kurzzeittherapie oder Akutbehandlung handelt,
- sie von einem Arzt oder einem Therapeuten mit einer entsprechenden Qualifikation erbracht werden.

Vor einer Behandlung durch Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch einen Arzt in einem schriftlichen oder elektronischen Konsiliarbericht bestätigt wird.

12.2 Aufwendungen für psychotherapeutische Akutbehandlungen sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall bis zu 51 Euro beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig.

Soll sich eine Kurzzeittherapie, eine tiefenpsychologisch fundierte, eine analytische Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie anschließen, ist die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen auf das Kontingent dieser Behandlungen anzurechnen.

- 12.3 Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Festsetzungsstelle bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet.

Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige tiefenpsychologisch fundierte, eine analytische Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie anzurechnen.

- 12.4 Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung umfassen die verbale Intervention, Hypnose, autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson.

Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für

- verbale Intervention (849 GOÄ) als Einzelbehandlung mit bis zu 25 Sitzungen
- autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (846 bis 847 GOÄ) als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu 12 Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich
- Hypnose (845 GOÄ) als Einzelbehandlung mit bis zu 12 Sitzungen.

Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind bis zu der Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen ist, beihilfefähig.

- 12.5 Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und analytische Psychotherapien) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

Die behandelte Person hat das	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
21. Lebensjahr vollendet - tiefenpsychologisch	60 Sitzungen	60 Sitzungen
21. Lebensjahr vollendet - analytisch	160 Sitzungen	80 Sitzungen
14. Lebensjahr vollendet, aber noch nicht das 21. Lebensjahr	90 Sitzungen	60 Sitzungen
14. Lebensjahr noch nicht vollendet	70 Sitzungen	60 Sitzungen

Ggf. kann nach Zustimmung der obersten Dienstbehörde in Ausnahmefällen eine Verlängerung bewilligt werden.

- 12.6 Aufwendungen für Verhaltenstherapien sind nach Anerkennung durch die Festsetzungsstelle im Regelfall bis zu 60 Sitzungen beihilfefähig. Ggf. kann nach Zustimmung der obersten Dienstbehörde in Ausnahmefällen eine Verlängerung bewilligt werden.

- 12.7 Aufwendungen für systemische Therapien sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, im Regelfall bis zu 36 Sitzungen beihilfefähig. Ggf. kann nach Zustimmung der obersten Dienstbehörde in Ausnahmefällen eine Verlängerung bewilligt werden.

13. Sonstige Beihilfeleistungen

Beihilfefähig sind u. a.

Aufwendungen für Komplextherapien, häusliche Krankenpflege, Familien- und Haushaltshilfe, Soziotherapie, neuropsychologische Therapie, künstliche Befruchtung, Schwangerschaft und Geburt, Leistungen bei lebensbedrohlich oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheiten und Palliativversorgung.

Bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen setzen Sie sich bitte mit dem Team der Beihilfe in Verbindung.

14. Nicht beihilfefähige Aufwendungen, Sachleistungen und Kostenerstattung

Nicht beihilfefähig sind u. a. Aufwendungen für:

- medizinisch nicht notwendige Behandlungen
- für Gutachten, die nicht von der Festsetzungsstelle veranlasst worden sind
- nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Personen, die das 12. Lebensjahr vollendet haben
- 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 22. Lebensjahr wurde noch nicht vollendet)
- Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen (z. B. Diätkost, Nahrungsergänzungsmittel, Mineral- und Heilwässer, medizinische Körperpflegemittel und dergleichen)
- Hilfsmittel, die einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben oder der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind
- gesetzlich vorgesehene 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

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

15. Anderweitig zustehende Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung

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

- Pflichtversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung
- Mitglieder in der Krankenversicherung der Rentner
- Personen, 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), sind diese gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlerkreis, ist als fiktiver Leistungsanteil der Krankenkasse grundsätzlich 50 Prozent anzusetzen, sofern der Leistungsanteil der Krankenkasse nicht nachgewiesen oder ermittelt werden kann. Bei Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilbehandlungen beträgt der fiktive Leistungsanteil 100 Prozent.

16. Minderung der beihilfefähigen Aufwendungen

16.1 Eigenbehalte

Arznei- und Verbandmittel,
Fahrtkosten und Hilfsmittel:

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

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, außer bei Pflegehilfsmitteln, beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 10,00 EUR für den gesamten Monatsbedarf.

Familien- und Haushaltshilfe und Soziotherapie:

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent je Kalendertag, mindestens um 5,00 EUR, höchstens um 10,00 EUR, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Vollstationäre Krankenhausleistungen und Anschlussheilbehandlungen:	Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10,00 EUR je Kalendertag, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr.
stationäre Reha (Sanatorium), Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme:	Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10,00 EUR je Kalendertag.
häusliche Krankenpflege:	Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme und 10,00 EUR je Verordnung.

16.2 Ausnahmen der Abzugsfähigkeit

16.2.1 Die Beträge sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für:

- Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrtkosten
- 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, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden
- Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 30 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt
- Hilfsmittel und Heilbehandlungen, für die vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind
- Harn- und Blutteststreifen
- Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nach § 43 einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel

16.2.2 Außerdem sind Eigenbehalte innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die **Belastungsgrenze** überschreiten. Diese beträgt grundsätzlich zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke² ein Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. Maßgebend ist das Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres. Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzuges folgt.

Darüber hinaus sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in voller Höhe nach überschreiten der Belastungsgrenze als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordneten Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:

Für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A1 bis A8	8,00 EUR
Für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A9 bis A12	12,00 EUR
Für Beihilfeberechtigte höherer Besoldungsgruppen	16,00 EUR

Hinweis: Das Einkommen der geehelichten oder verpartnerten Person wird nicht berücksichtigt, wenn sie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Das Einkommen vermindert sich bei geehelichten bzw. verpartnerten Beihilfeberechtigten um 15 Prozent und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 S. 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes (EStG) ergebenden Betrags.

17. 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.

² Der Begriff der chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V (Chroniker-Richtlinie).

17.1 Bemessungssatz

Der Bemessungssatz ist personenbezogen. Er beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für:

aktive Beamte und beihilfeberechtigte Beschäftigte	50 Prozent
aktive Beamte und beihilfeberechtigte Beschäftigte mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	70 Prozent
beihilfeberechtigte Personen in Elternzeit	70 Prozent
Versorgungsempfänger, die als solche beihilfeberechtigt sind	70 Prozent
berücksichtigungsfähige geehelichte/ verpartnerte Personen	70 Prozent
ein berücksichtigungsfähiges Kind, sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist	80 Prozent

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.

Sind zwei oder mehr Kinder bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erhält die- oder derjenige den erhöhten Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent, die oder der den Familienzuschlag oder Auslandskinderzuschlag bezieht.

17.2 Berücksichtigungsfähige Person

17.2.1 Zu den berücksichtigungsfähigen Personen gehört die geehelichte oder verpartnerte Person des Beihilfeberechtigten.

Die geehelichten oder verpartnerten Personen sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Abs. 3 i.V.m. Abs. 5a EStG) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe (Vorvorkalenderjahr) 20.000 EUR nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist die geehelichte oder verpartnerte Person unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den geehelichten oder verpartnerten Personen der Beihilfeberechtigten nach § 3 BBhV im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

17.2.2 Zu den berücksichtigungsfähigen Personen gehören die im Familienzuschlag nach dem Besoldungs- und Versorgungsrecht berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

Befinden sich Kinder nach Vollendung des 25. Lebensjahres noch in Schul- oder Berufsausbildung, sind sie weiter berücksichtigungsfähig, wenn die Ausbildung durch einen freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes unterbrochen oder verzögert worden ist. Die Dauer der weiteren Berücksichtigungsfähigkeit entspricht der Dauer des abgeleisteten Dienstes, insgesamt höchstens zwölf Monate.

17.3 Bemessungssätze in besonderen Fällen

17.3.1 Für freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (z. B. AOK, BEK)³ erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen auf 100 Prozent nach Anrechnung der Kassenleistung. Dies gilt nicht für beihilfefähige Aufwendungen, wenn für diese keine Leistungen oder Erstattungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.

³ AOK = Allgemeine Ortskrankenkasse
BEK = Barmer Ersatzkasse

17.3.2 Sind Tarifbeschäftigte in der privaten Krankenversicherung versichert und erhalten einen Beitragszuschuss zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen, sind die gewährten Leistungen der Krankenversicherung auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen. Aus den danach verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen errechnet sich dann die Beihilfe nach den personenbezogenen Bemessungssätzen (17.1).

17.3.3 Anfallende spezielle Prämienzahlungen, Abschläge und Selbstbehalte auf Grund von Wahlтарifen 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 Wahlтарif nach § 53 SGB V zuzuordnen ist. Sofern dies erfüllt ist, 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.

18. Begrenzung der Beihilfe

Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Kranken- oder einer Pflegeversicherung sowie aufgrund von anderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen – soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen – und das Sterbegeld nach § 33 Beamtenversorgungsgesetz für das Land Brandenburg unberücksichtigt.

19. Nachweis von Leistungen

Erhaltene Leistungen Dritter (z. B. gesetzliche Krankenkasse, private Krankenversicherung) sind anzugeben. Ob Leistungen Dritter von den beihilfefähigen Aufwendungen abzusetzen sind, prüft die Festsetzungsstelle.

Für Fragen und Auskünfte steht Ihnen das Team der Beihilfe des
Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg gerne zur Verfügung.

Telefon : (0 33 06) 79 86 - 40 10
Internet : www.kvbbg.de
E-Mail: beihilfe@kvbbg.de

Besucheranschrift
Kommunaler Versorgungsverband Brandenburg
- Beihilfe -
Rudolf-Breitscheid-Straße 64
16775 Gransee



www.kvbbg.de/beihilfe.html

Mit Sicherheit gut versorgt