

MERKBLATT FÜR BEIHILFEBERECHTIGTE

nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über die
Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen
(Beihilfевorschriften - BhV -) vom 19.04.1985 (GMBI. S. 290)
(Stand: 01. Januar 2004)

Sehr geehrte Beihilfeberechtigte,
sehr geehrter Beihilfeberechtigter,

dieses Merkblatt gibt Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten beihilferechtlichen Bestimmungen der ab 01.10.1985 geltenden Beihilfевorschriften. Rechtsansprüche können hieraus nicht abgeleitet werden; maßgebend sind die Beihilfевorschriften des Bundes - BhV -. Beachten Sie bitte, dass eine Beihilfe nur festgesetzt werden kann, wenn der Antrag alle erforderlichen Angaben und ausreichende Unterlagen enthält.

Im Zweifel sollten Sie nähere Auskünfte einholen. Ihr/e Sachbearbeiter/in wird Sie gern beraten.

Die vollständige Vorschrift können Sie - wenn Sie im Inland leben - bei der Verwaltung Ihrer Wohnsitzgemeinde einsehen. Fragen Sie ggf. nach den Beihilfевorschriften des Bundes.

1. Antragsfrist

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

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200,00 EUR betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so kann abweichend hiervon auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15,00 EUR übersteigen.

3. Antragsunterlagen

Vorzulegen sind:

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

Zum Nachweis der Aufwendungen möglichst Originalbelege vorlegen. Duplikate, Kopien und Abschriften werden anerkannt, wenn sie beglaubigt oder erkennbar vom Rechnungssteller ausgestellt sind.

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

Belege, die den vorstehenden Anforderungen nicht entsprechen, die unübersichtlich oder unleserlich sind, können nicht berücksichtigt werden.

Eine Kopie der Zusammenstellung der Aufwendungen sowie die Belege erhalten Sie mit dem Beihilfebescheid zurück.

Außerdem werden neue Formblätter für Ihren nächsten Antrag 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.

Ungenauere oder unvollständige Angaben verzögern die Bearbeitung Ihres Beihilfeantrages.

4.2 Zusammenstellung der Aufwendungen

Bitte zuerst die Belege nach 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 550,00 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 den BhV gegeben ist.

6. Hilfsmittel

6.1 Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind - ggf. im Rahmen der Höchstbeträge - beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet sind.
Ein Hilfsmittelkatalog steht zur Verfügung und kann bei Bedarf mit dem nächsten Beihilfeantrag angefordert werden.

6.2 Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für andere als im Katalog aufgeführte Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle 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 Rückfrage zu halten.

6.3 Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. Welche Gegenstände nicht zu den Hilfsmitteln gehören, entnehmen Sie ebenfalls dem Katalog (s. Punkt 6.1).

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

Perücken (Ersatzbeschaffung erst nach 4 Jahren) - 512 EUR

Hörgeräte (je Ohr) - 1.025 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 zu kürzen

6.4.1 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 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 EUR,
	für das cyl. Glas	=	41 EUR,
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	=	72 EUR,
	für das cyl. Glas	=	92,50 EUR,
- bei Gläserstärken über ± 6 Dioptrien (dpt):

zuzüglich je Glas	=	21 EUR,
-------------------	---	---------
- Dreistufen- oder Multifokalgläser:

zuzüglich je Glas	=	21 EUR,
-------------------	---	---------
- Gläser mit prismatischer Wirkung:

zuzüglich je Glas	=	21 EUR,
-------------------	---	---------
- Kunststoff- und Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser):

zuzüglich je Glas bis zu	=	21 EUR,
--------------------------	---	---------
- getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser:

zuzüglich je Glas bis zu	=	11 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.

6.4.2 Bei Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Aufwendungen für eine Sehhilfe nach schriftlicher Verordnung eines Augenarztes beihilfefähig, wenn eine der folgenden Erkrankungen vorliegt.

- Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
- Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
- gravierende Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
- erhebliche Gesichtsfeldausfälle

Es gelten auch hier die beihilfefähigen Höchstbeträge (siehe Punkt 6.4.1)

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.

6.5 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Hilfsmittel mindern sich um 10 vom Hundert 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, mindestens um 5,00 EUR, höchstens um 10,00 EUR für den Monatsbedarf je Indikation (z. B. Inkontinenzartikel, Teststreifen für Blutzuckermessgerät...)

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

7. Beförderungskosten

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

- 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.
Rückbeförderungen wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reisen sind nicht beihilfefähig.
- Fahrten als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich 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 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 zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

7.1 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 § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag (0,22 EUR) beihilfefähig.

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

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

8. Heilkuren

Unter einer **Heilkur** ist keine stationäre Behandlung zu verstehen, sondern eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis 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 EUR täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 EUR täglich hinausgehen,
- ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete Heilbehandlungen (Arzneimittel, Bäder, Massagen und dergl.), Kurtaxe, ärztlichen Schlussbericht
- 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.

8.1 Müttergenesungskuren / Mutter-Kind-Kuren

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 anerkannten Einrichtung durchgeführt wird. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in geeigneten Einrichtungen.

Maßgebend für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Müttergenesungskur / Mutter-Kind-Kur 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.

9. 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 Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich, bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums, die Behandlung, die Beförderung, der ärztliche Schlussbericht und die Kurtaxe beihilfefähig.

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

Bei Schwerbehinderten sind für Begleitpersonen bis zu 70 v.H. des niedrigsten Satzes für Unterkunft und Verpflegung des Sanatoriums und die Kurtaxe beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit einer Begleitperson durch einen entsprechenden Schwerbehindertenausweis nachgewiesen wird und das Sanatorium bestätigt, dass eine Begleitperson notwendig ist.

Für die An- und Abreise sind die Kosten in Höhe von 0,20 EUR je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200,00 EUR, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel beihilfefähig. Bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind außerdem die Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

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

10. Zahnärztliche Leistungen

Zahnärztliche Leistungen sind grundsätzlich nur bis zur Regelspanne des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) beihilfefähig.

Bei zahnärztlichen Sonderleistungen (z.B. Zahnersatz, Zahnkronen) sind zusätzliche Aufwendungen für Labor- und Materialkosten beihilfefähig. Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik - außer Glaskeramik - sind zu 60 vom Hundert beihilfefähig.

Die Rechnungen über zahnärztliche Leistungen müssen nach den Nummern der GOZ aufgegliedert sein und den Vervielfältiger des Gebührensatzes der GOZ enthalten.

- 10.1 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.

- 10.2 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.

- 10.3 Für **große Brücken** sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände beihilfefähig. Die Aufwendungen für Verbindungselemente sind ohne Einschränkung beihilfefähig.

Werden durch mehrere Einzelzahnbrücken je Kiefer im Einzelnen nicht mehr als drei bzw. vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

- 10.4 Die Aufwendungen für **implantologische Leistungen** - einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen - sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- a) Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
- b) Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- c) Fixierung einer Totalprothese.

Im Grundsatz sind pro Kiefer Aufwendungen für zwei Implantate - einschließlich vorhandener Implantate - beihilfefähig. Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer - einschließlich vorhandener Implantate - sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig.

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

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

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnbetterkrankungen -Parodontopathien-,
- umfangreiche Gebissssanierung, d. h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

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

11. Krankenhausbehandlung

Für die Abrechnungsmäßigkeit eines Krankenhausaufenthaltes ist zu unterscheiden zwischen Krankenhäusern, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen und solchen, die die BPfIV 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 § 45 Abs. 3 Landesbeamtengesetz (LBG Bbg) vom 24.12.1992, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 07.04.1998, 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.

Mit Beschluss des Gesetzes zum Abbau des strukturellen Ungleichgewichts des Haushaltes vom 21.12.1998 wurde der § 45 Abs. 3 LBG Bbg neu gefasst. Hiernach sind Aufwendungen für Wahlleistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe b BhV nicht mehr beihilfefähig. Dies gilt nicht für am 01.01.1999 vorhandene Schwerbehinderte. Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Angehörige eines Beihilfeberechtigten.

Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die die BpflV oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind die Kosten für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung beihilfefähig.

11.1 Als stationäre Krankenhausbehandlung gilt auch eine Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation (AHB). 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.

Einrichtungen für AHB sind auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erbringen.

11.2 Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um um 10,00 EUR je Kalendertag, höchstens für 28 Tage im Kalenderjahr.

12. Dauernde Pflegebedürftigkeit

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. Bei Personen nach § 28 Abs. 2 SGB XI wird entsprechend § 9 Abs. 6 Satz 1 BhV verfahren.

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

- | | |
|------------------------|------------------------------------|
| 1. der Pflegestufe I | bis zu 30 Pflegeeinsätze monatlich |
| 2. der Pflegestufe II | bis zu 60 Pflegeeinsätze monatlich |
| 3. der Pflegestufe III | bis zu 90 Pflegeeinsätze monatlich |

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

- | | |
|-----------------|----------|
| 1. in Stufe I | 205 EUR, |
| 2. in Stufe II | 410 EUR, |
| 3. in Stufe III | 665 EUR. |

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

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. in Stufe I | 1.023 EUR, |
| 2. in Stufe II | 1.279 EUR, |
| 3. in Stufe III | 1.432 EUR monatlich. |

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 SPV/PPV des med. Dienstes.

14. Nicht beihilfefähige Aufwendungen, Sachleistungen und Kostenerstattung

Nicht beihilfefähig sind

14.1 Aufwendungen für

- a) 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,
- b) Mund- und Rachentherapeutika,
- c) Abführmittel,
- d) Arzneimittel gegen Reisekrankheiten und dergleichen,
- e) Verhütungpräparate (es sei denn sie werden zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet oder das 20. Lebensjahr wurde noch nicht vollendet),
- f) Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen (z.B. Diätkost, Mineral- und Heilwässer, medizinische Körperpflegemittel und dergleichen),
- g) Zuzahlungen bzw. Kostenanteile,
- h) Krankenversicherungsbeiträge,
- i) eine Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode (z.B. Frisch- und Trockenzelltherapie, Regeneresen, Geriatrika, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne),
- j) Stärkungsmittel und dergleichen, Vitaminpräparate,
- k) die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung,

14.2 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),

15. Anderweitig zustehende Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung

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

- aufgrund 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.

- 15.2**
- 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.

16. Eigenbehalte und Belastungsgrenze (Zusammenfassung)

Arznei- und Verbandmittel	Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 vom Hundert, mindestens um 5,00 EUR, höchstens um 10,00 EUR, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
Hilfsmittel	Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 vom Hundert, 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.
Fahrtkosten	Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 vom Hundert, mindestens um 5,00 EUR, höchstens um 10,00 EUR, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
Krankenhausbehandlung und AHB	Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10,00 EUR je Kalendertag, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr.
Sanatoriumsbehandlung, Heilkuren	Die beihilfefähigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung 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 vom Hundert der Kosten und 10,00 EUR je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme
ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlungen	Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10,00 EUR je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen.

16.1 Die Beträge sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für:

- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrkosten nach § 6 Abs. 1 Nr. 9 BhV
- Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung
- ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Hilfsmittel und Heilbehandlungen, für die vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind

16.2 Innerhalb eines Kalenderjahres sind die Beträge auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten.

Diese 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 Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 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 % vor oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60%
- 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.

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 -.

17.1 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 beihilfberechtigt ist | 80 v.H. |

17.2 Bemessungssätze in besonderen Fällen

17.2.1 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 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.

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

17.2.3 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 § 14 Abs. 1 BhV.

18. Begrenzung der Beihilfe

18.1 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.

18.2 Dies gilt nicht für privatversicherte 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.

19. 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.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Beihilfekasse