



FACHBEREICH **Beihilfe**

THEMATIK **Informationen zu Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Pflegefällen**

Gesetzliche Grundlage ist § 80 Bundesbeamtengesetz (BBG) - Fürsorgepflicht des Dienstherrn seinen Beamtinnen und Beamten gegenüber, in Verbindung mit der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). Da die folgenden Informationen nur auf den wesentlichen Inhalt und nicht auf jede Einzelheit der Bundesbeihilfeverordnung eingehen können, richten sie sich in erster Linie an die Beamtinnen und Beamten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beihilfestelle stehen zur persönlichen Beratung gerne zur Verfügung. Sie finden die für Sie zuständigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner unter www.dienstleistungszentrum.de - Beihilfe - Ansprechpartner.

1. Was ist Beihilfe?

Eine Leistung des Dienstherrn/Arbeitgebers zu bestimmten Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen. Beihilfen ergänzen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist (u. a. Kranken- und Pflegeversicherung).

2. Wofür wird Beihilfe gewährt?

Für Aufwendungen aufgrund von

- Krankheitsfällen
- Geburtsfällen
- Früherkennung von Krankheiten
- Schutzimpfungen
- ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen
- Empfängnisregelungen
- nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen
- Sterilisation auf Grund einer Erkrankung
- Pflegefällen

3. Wer ist beihilfeberechtigt?

Gemäß § 2 BBhV: aktive und frühere Beamtinnen und Beamte, sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger des Bundes. Nach § 56 Richtergesetz: Richterinnen und Richter im Bundesdienst. Nach der Protokollerklärung zu § 13 TVÜ-Bund gelten die BBhV sinngemäß für Tarifbeschäftigte im Tarifgebiet West. Aufwendungen für die berücksichtigungsfähigen Personen (Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder) sind ebenfalls beihilfefähig.

Die Beihilfeberechtigung besteht, wenn und solange Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren, Witwen-, Witwer-, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag gezahlt werden (§ 2 Abs. 2 BBhV). Gleiches gilt für Beamtinnen und Beamte

sowie für Tarifbeschäftigte, die sich in Elternzeit nach der Elternzeitverordnung befinden und ggf. während der Zeit der Beurlaubung ohne Dienstbezüge nach § 92 Abs. 1 Nr. 2 BBG.

Gemäß Rundschreiben des BMI vom 23.06.98 erhalten Tarifbeschäftigte, deren Arbeitsverhältnis nach dem 31.07.98 begründet worden ist, keine Beihilfe mehr.

4. Wie bekommt man Beihilfe und was ist zu beachten?

Nach § 54 Abs. 1 BBhV wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn sie **innerhalb eines Jahres** nach Rechnungsdatum beantragt wird. Maßgeblich für das Entstehen der Aufwendungen ist bei Rezepten das Kaufdatum; bei Rechnungen das Datum der erstmaligen Ausstellung der Rechnung.

Gemäß § 48 Satz 2 BBhV ist der Umfang des bestehenden Krankenversicherungsschutzes einschließlich abgeschlossener Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegenüber der Festsetzungsstelle nachzuweisen. Zum laufenden Nachweis des Versicherungsschutzes ist alle 5 Jahre ein aktueller Versicherungsschein vorzulegen.

Es gilt nicht das Antragsdatum, sondern das **Datum des Eingangs** des Beihilfeantrages bei der Festsetzungsstelle, also beim Bundesverwaltungsamt.

Beihilfen werden nur **auf schriftlichen Antrag** gewährt. Hierfür sind die Vordrucke der Beihilfestelle zu verwenden. Der Beihilfeantrag muss eigenhändig unterschrieben sein.

Eine elektronische Antragstellung, die nach § 51 Abs. 3 BBhV grundsätzlich zulässig wäre, wenn die Beihilfestelle dies zulässt, ist derzeit noch nicht möglich.

Die Aufwendungen sind durch Rechnungsbelege nachzuweisen. Kopien der Belege sind grundsätzlich ausreichend (§ 51 Abs. 3 Satz 2 BBhV).

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die geltend gemachten Aufwendungen den Betrag von **200 Euro** übersteigen (§ 51 Abs. 7 BBhV). Die Beihilfestelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen.

Insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen können auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden.

5. Inwieweit sind Aufwendungen beihilfefähig?

Für die beihilfefähigen Aufwendungen werden Beihilfen in Höhe des so genannten Bemessungssatzes (s. Punkt 9) gewährt.

Bei freiwillig versicherten Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen - ohne Beitragszuschuss (Beamtinnen und Beamte) - (z. B. AOK, DAK, Barmer Ersatzkasse) werden die beihilfefähigen Aufwendungen im Rahmen der BBhV als Beihilfe gezahlt, die über die im Einzelfall von der Krankenkasse gewährten Leistungen hinausgehen.

Die pflichtversicherten Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen einschließlich ihrer berücksichtigungsfähigen Personen sind grundsätzlich auf die Kassenleistung angewiesen.

Für pflichtversicherte Tarifbeschäftigte im öffentlichen Dienst besteht ein Beihilfeanspruch nur, wenn von der Krankenkasse keine Leistungen oder nur Zuschüsse erbracht werden, wie z. B. bei Behandlung durch Heilpraktiker oder bei Zahnersatz.

6. Zu welchen Aufwendungen wird Beihilfe gewährt?

(Eine abschließende Aufzählung ist im Rahmen dieser Informationsschrift nicht möglich.)

6.1 Beihilfe für ärztliche und zahnärztliche Leistungen

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen richtet sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte.

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält je nach Leistungsart unterschiedliche Schwellen- und Höchstwerte.

Beihilfefähig sind die Leistungen des Arztes/Zahnarztes bis zum Schwellenwert der GOÄ/GOZ (das 2,3-, 1,8- bzw. 1,15-fache des Gebührensatzes). Bestimmte Umstände, die in einer schriftlichen Begründung des Arztes dargelegt werden müssen, rechtfertigen die beihilferechtliche Anerkennung bis zum 3,5- bzw. 2,5- bzw. 1,3-fachen des Gebührensatzes. Auch mit den Ärzten vereinbarte Honorare (Abdingungen) sind nur bis zum o. a. Gebührenrahmen beihilfefähig. Vor Beginn von zahnärztlichen Behandlungen empfiehlt es sich, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen.

Bei Aufwendungen für Zahnersatz sind die Material- und Laborkosten (einschließlich Edelmetalle und Keramik – jedoch ohne Glaskeramik) zu 40 % beihilfefähig.

Für die Abrechnung ist es erforderlich, dass die Rechnung wie folgt aufgeschlüsselt ist:

- Das Honorar,
- die Material- und Laborkosten,
- die Kassenleistung (getrennt nach Honorar, Material- und Laborkosten) bei Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen/Ersatzkassen.

Nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen sind beihilfefähig:

- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- Implantologische Leistungen.
- Kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn die behandelte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, es sei denn, bestimmte Indikationen liegen vor. Die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes ist zwingend notwendig.
- Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen sind nur unter bestimmten Voraussetzungen (Indikationen, Beschränkung des Behandlerkreises, Gutachter- und Voranerkennungsverfahren) beihilfefähig. Es empfiehlt sich, vor Beginn der Behandlung nähere Auskünfte bei der Beihilfestelle einzuholen.

Nicht beihilfefähig sind

- Aufwendungen für Glaskeramik einschließlich Nebenkosten (z. B. Charakterisierung);
- für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst Aufwendungen für prothetische Leistungen, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

6.2 Beihilfe zu den Kosten einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers

Gemäß § 6 Abs. 3 Satz 4 BBhV sind Aufwendungen für Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers bis zu bestimmten Höchstbeträgen beihilfefähig. Die beihilfefähigen

gen Höchstbeträge sind in der Anlage 2 zu § 6 Abs. 3 Satz 5 BBhV abschließend aufgeführt.

6.3 Beihilfe zu Arzneimittelkosten

Aufwendungen für vom Arzt, Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit verbrauchte oder nach Art und Umfang schriftlich verordnete Arznei- und Verbandmittel¹ sind, nach Abzug des Eigenanteils (vgl. 6.8) beihilfefähig, sofern sie verschreibungspflichtig sind. Auf dem Rezept muss für jedes Arzneimittel die Pharmazentralnummer (PZN) angegeben sein.

Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, Teststreifen und Medizinprodukte, die eine Heilpraktikerin oder ein Heilpraktiker während einer Behandlung verbraucht, sind beihilfefähig (§ 22 Abs. 6 BBhV).

Ausnahmen:

- Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind, wenn sie nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, nur in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig.
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr können als beihilfefähig anerkannt werden.
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind auch dann beihilfefähig, wenn sie apothekenpflichtig sind und **in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht** wurden.
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Belastungsgrenze (§ 50 BBhV) überschritten wird.

Arzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenabgabepreises beihilfefähig. Diejenigen Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) festgesetzt wurde, sind jedoch nur bis zu der Höhe des Festbetrages beihilfefähig (Anlage 7 zu § 22 Abs. 3 BBhV).

6.4 Beihilfe zu den Kosten für Heilmittel

Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete Heilmittel (z. B. Massagen, Packungen, Bäder u. a.) sind bis zu bestimmten Höchstbeträgen beihilfefähig. Die entsprechende Verordnung ist dem Antrag beizufügen.

Wegen der für Heilmittel festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträge, werden hierbei keine Eigenbehalte (vgl. 6.8) abgezogen.

6.5 Beihilfe zu den Aufwendungen für Hilfsmittel

Aufwendungen für die vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Bruchbänder u. ä.) sind nach Abzug der Eigenbehalte (vgl. 6.8) beihilfefähig. Für einige Hilfsmittel sind Höchstbeträge festgesetzt worden, in diesen Fällen wird kein Eigenbehalt abgezogen.

Sehhilfen (Brillengläser, Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen) sind für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig. Sie müssen vorher augenärztlich verordnet sein, eine Sehschärfenbestimmung durch den Optiker reicht nur bei einer Er-

¹ Arzneimittel nach § 2 Arzneimittelgesetz

satzbeschaffung aus. Die ärztliche Verordnung muss mit dem Beihilfeantrag vorgelegt werden. Ebenso gelten für die Beihilfefähigkeit von Brillengläsern bestimmte Höchstbeträge. In diesen Höchstbeträgen sind Kosten für Gläser, Entspiegelung und Härtung von Kunststoffgläsern enthalten. Die Mehrkosten für Tönung, (max. 11 Euro pro Glas) und/oder Kunststoffgläser (max. 21 Euro pro Glas) sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen aufgrund einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

Für Personen die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Sehhilfen nur dann beihilfefähig (vgl. Abschnitt 4, Unterabschnitt 1 Nr. 1 der Anlage 11 zu § 25 Abs. 1 und 4 BBhV), wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, beide Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen.

Die weit überwiegende Mehrzahl der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen haben damit ab Vollendung des 18. Lebensjahres keinen Anspruch mehr auf Erstattung der Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen.

Die Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Sehhilfen sind neben den genannten Voraussetzungen nur dann beihilfefähig, wenn

- sich die Sehschärfe geändert hat,
- die letzte Anschaffung der Sehhilfe länger als drei Jahre zurückliegt (bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre),
- die bisherige Sehhilfe verloren wurde oder wegen Beschädigung unbrauchbar wurde,
- sich die Kopfform geändert hat.

Auf den Rechnungen müssen die jeweiligen Mehrkosten für Tönung, Entspiegelung, Drei-stufen- oder Multifokalgläser und Kunststoff vermerkt sein.

Zu den Mehraufwendungen für Kontaktlinsen wird nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen eine Beihilfe gewährt. Es gelten die gleichen Voraussetzungen wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

Beihilfe zu den Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln:

Zu diesen Kosten wird eine Beihilfe gewährt, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100 Euro hinausgehen. Es empfiehlt sich, die Belege zu sammeln und einmal jährlich vorzulegen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien zum Einsatz in Hörgeräten von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und für Pflege- und Reinigungsmittel von Kontaktlinsen.

Nicht beihilfefähig sind auch:

Gegenstände, deren Anschaffungskosten den Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. Hierzu gehören als Gebrauchsgüter des täglichen Lebens z. B. Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte, Eisbeutel und -kompressen usw.

6.6 Beihilfe bei einer stationären Krankenhausbehandlung

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, für

- allgemeine Krankenhausleistungen,
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (z. B. Chefarztbehandlung),

- gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich,
- anderer im Zusammenhang mit den o. a. Leistungen entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen sowie Leistungen nach § 22 BBhV
- die Kosten einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (soweit nach Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird).

Bei stationärer Behandlung in einer Privatklinik, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 26 Abs. 1 Nr. 2 BBhV) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt; dabei wird die obere Grenze des nach § 10 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt,

2. in allen anderen Fällen der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, soweit der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:

- a) bei vollstationärer Behandlung Volljähriger 293,80 Euro,
- b) bei teilstationärer Behandlung Volljähriger 225,60 Euro,
- c) bei vollstationärer Behandlung Minderjähriger 462,80 Euro,
- d) bei teilstationärer Behandlung Minderjähriger 345,80 Euro,

3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des nach § 10 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors abzüglich 14,50 Euro täglich,

4. zur Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste.

Entsprechend gilt hier auch § 26 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a und Nr. 4 BBhV.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach § 26 Abs. 1 Nr. 2 BBhV sind.

Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Satz 1 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

6.7 Beihilfen bei Komplextherapien

Eine Komplextherapie wird von einem berufsübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angehören müssen.

Leistungen für pauschal berechnete ambulante oder voll- und teilstationäre Komplextherapien sind beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit ist begrenzt auf die von der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung gezahlten Beträge.

Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge

zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.

6.8 Eigenbehalte, Belastungsgrenzen

Folgende Eigenbehalte sind durch Kürzung der beihilfefähigen Aufwendungen (Buchstaben a – c) bzw. der Beihilfe (Buchstabe d) zu erbringen:

- a) **10 %** der Kosten, **mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro**, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
- **Arznei- und Verbandmitteln,**
Beispiele:
Ein Medikament kostet 10 Euro. Die beihilfefähigen Aufwendungen reduzieren sich um den Mindestbetrag von 5 Euro.
Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt 10% vom Preis, also 7,50 Euro.
Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf maximal 10 Euro begrenzt.
 - **Hilfsmitteln,**
(bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, z. B. Windeln bei Inkontinenz, höchstens um 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation),
 - **Fahrtkosten,**
(vgl. 6.9)
 - **Familien- und Haushaltshilfe**
 - **Soziotherapie**
- b) **10 Euro je Kalendertag** bei
- vollstationären Krankenhausleistungen, Anschlussheilbehandlungen sowie bei Suchtbehandlungen für höchstens **28 Tage** im Kalenderjahr
 - stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen
- c) **10 %** und **10 Euro** je Verordnung für die ersten **28 Tage** der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege.

Ausnahmen vom Abzug der Eigenbehalte:

- Kinder, bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Diese Ausnahme gilt jedoch nicht bei Fahrtkosten.
- Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung.
- Ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel.
- Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind.
- Harn- und Blutteststreifen

Eigenbehalte nach a) bis c) sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht abzuziehen, soweit sie für die beihilfeberechtigte und der berücksichtigungsfähigen Personen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. Die Belastungsgrenze beträgt **2 %** der jährlichen Einnahmen. Für chronisch Kranke, die wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung sind, **1 %** der jährlichen Einnahmen.

Der Einnahmenbegriff umfasst Dienst- und Versorgungsbezüge ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person und des Ehegatten/Lebenspartners einschließlich deren oder dessen laufender Einkünfte.

Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist.

Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten oder in Lebenspartnerschaft lebenden beihilfeberechtigten Personen um 15 Prozent und für jedes berücksichtigungsfähige Kind, unabhängig vom Alter, um den Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes.

Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze kann sich herausstellen, dass im laufenden Kalenderjahr die abgezogenen Eigenbehalte bereits die Belastungsgrenze überschritten haben. In diesen Fällen werden die zu viel abgezogenen Eigenbehalte zurückerstattet.

6.9 Fahrtkosten

sind im Wesentlichen beihilfefähig bei Fahrten zu

- stationären Krankenbehandlungen
- ambulanten Behandlungen,
- vor- oder nachstationärer Behandlung,
- Durchführung einer ambulanten Operation,
- Durchführung eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus,
- Krankentransportfahrten
- Fahrten der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes
- Rettungsfahrten.

Bei Fahrten zu ambulanten Behandlungen kann darüber hinaus eine Beihilfe nur in besonderen Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung durch die Beihilfestelle gewährt werden.

Fahrtkosten (außer Rettungsfahrten) können nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn sie ärztlich verordnet wurden.

Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Bundesreisekostengesetz (BRKG) entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Abs. 1 BRKG gewährt wird. Das sind derzeit 0,20 Euro je Kilometer. Bei Krankentransport- und Rettungsfahrten sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

6.10 Beihilfe bei ambulanten, stationären und Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind im Gegensatz zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen nur für aktive Bedienstete beihilfefähig, nicht für Angehörige oder Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger. Wird von Angehörigen bzw. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt, dann sind allein die Kosten für den Arzt und die vom Arzt verordneten bzw. angeordneten Arznei- und Heilmittel beihilfefähig, ohne dass es hierzu einer vorherigen Anerkennung bedarf. Diese Einschränkung gilt bei Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nicht, d. h. auch die berücksichtigungsfähige Ehefrau kann eine Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme durchführen.

Die Aufwendungen - außer Arztkosten und Kosten für Arznei- und Heilmittel - sind nur dann beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit der Maßnahme vorher unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei der Beihilfestelle beantragt und von dort anerkannt wird. Die Behandlung muss innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides begonnen werden.

Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte ambulante, stationäre bzw. Mutter-(Vater-)Kind-Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden ist.

Ausnahme von der Vierjahresfrist:

U. a. bei einer schweren chronischen Erkrankung.

Beihilfefähig sind:

- Die Kosten für Leistungen des Arztes und für die ärztlich verordneten Arzneimittel und angeordneten Heilmittel (Bäder, Massagen u. ä.).
- Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums für höchstens 3 Wochen. Nach Abzug der Eigenbehalte (vgl. 6.8)
- Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis zu einem Betrag von 16 Euro täglich für höchstens 3 Wochen.
- Als Fahrtkosten werden unabhängig vom Beförderungsmittel 0,20 Euro je Kilometer, höchstens insgesamt 200 Euro, als beihilfefähig anerkannt. Es gilt die kürzeste Strecke.
- Die Kurtaxe.
- Die Kosten eines ärztlichen Schlussberichtes.

Bei Bedarf fordern Sie bitte die gesonderten Informationsblätter zu stationären, ambulanten und Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen an. Sie finden diese Informationsblätter auch auf unserer Internetseite.

6.11 Beihilfe zu den Kosten einer Berufspflegekraft bei vorübergehender häuslicher Pflege

Die Kosten einer nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen Berufspflegekraft (Krankenschwester/-pfleger) sind beihilfefähig. Ebenso können die Kosten für eine vom Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft als beihilfefähig anerkannt werden.

6.12 Beihilfe zu den Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe

Die Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe (§ 28 Bundesbeihilfeverordnung - BBhV) zur Weiterführung des Haushaltes einer beihilfeberechtigten Person sind in angemessener Hö-

he beihilfefähig. Als angemessen gelten grundsätzlich 8 Euro pro Stunde und höchstens 64 Euro am Tag.

6.13 Beihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Sofern der dauernd Pflegebedürftige zu Hause gepflegt wird, können Beihilfen sowohl für eine Pflege durch berufliche Pflegekräfte als auch durch sonstige Personen (Verwandte, Bekannte) gezahlt werden.

Wird wegen dauernder Pflegebedürftigkeit eine Heimunterbringung erforderlich, so kann zu diesen Kosten ebenfalls eine Beihilfe gewährt werden.

Nähere Auskunft erteilt Ihre Beihilfestelle.

6.14 Beihilfe bei stationärer und teilstationärer Versorgung in Hospizen

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Es können auch Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung anerkannt werden.

6.15 Beihilfe bei Behandlung im Ausland anlässlich privatem Aufenthalt

Aufwendungen die bei einem Auslandsaufenthalt (insbesondere bei einem privaten Auslandsaufenthalt) entstehen, sind grundsätzlich nur in der gleichen Höhe beihilfefähig, wie in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Kostenvergleich für solche im Ausland entstandenen Aufwendungen ist erst ab 1.000 € je Behandlungsfall erforderlich.

Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1.000 € ist eine Übersetzung beizufügen. Aus den Belegen muss ersichtlich sein, welche Leistung, z. B. durch den Arzt, erbracht wurde.

Es ist ratsam, eine zusätzliche Auslandsreisekrankenversicherung abzuschließen.

6.16 Beihilfe in Geburtsfällen

Aufwendungen für die Schwangerschaftsüberwachung und Entbindung sind beihilfefähig.

6.17 Beihilfe bei Vorsorgemaßnahmen

Die Aufwendungen aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (Krebsvorsorge u. a.) sind sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Die Kosten für Schutzimpfungen sind ebenfalls beihilfefähig; ausgenommen jedoch solche aus Anlass privater und dienstlich veranlasster Reisen ins Ausland.

6.18 Beihilfe bei künstlicher Befruchtung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation auf Grund einer Krankheit

Aufwendungen anlässlich einer künstlichen Befruchtung sind im Wesentlichen nach den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig. Kosten für nicht rechts-

widrigen Schwangerschaftsabbruch sowie Sterilisation auf Grund einer Krankheit, sind im Rahmen der BBhV beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind in diesem Zusammenhang Mittel zur Empfängnisverhütung, wie z. B. Pille, Spirale (Ausnahme: bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres).

7. Welche Aufwendungen sind nicht beihilfefähig?

(Eine abschließende Aufzählung ist im Rahmen dieser Informationsschrift nicht möglich.)

- gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile
- Aufwendungen für den Ehegatten/Lebenspartner der beihilfeberechtigten Person, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommenssteuergesetzes) des Ehegatten/Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr vor der Antragstellung 17.000 Euro überstieg und abzusehen ist, dass auch im laufenden Kalenderjahr das Einkommen über 17.000 Euro liegt.
- Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei der Heilbehandlung (nahe Angehörige sind Eltern, Ehegatten/Lebenspartner, Kinder der jeweils behandelten Person).
- Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden (z. B. Trockenzellentherapie - es sei denn, es handelt sich um eine das Leben unmittelbar bedrohende Erkrankung - Therapie mit Regeneresen, Höhenflug zur Keuchhustenbehandlung).
- Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

8. Begrenzung der Beihilfe

Die Beihilfe und die Leistung der Krankenkasse/-versicherung dürfen nicht höher sein als die tatsächlich entstandenen Aufwendungen (100 % Begrenzung gemäß § 48 BBhV).

Bei der ersten Antragstellung ist der Versicherungsnachweis vorzulegen.

9. Beihilfebemessungssätze

Der Bemessungssatz (d. h. der Erstattungsanteil am beihilfefähigen Rechnungsbetrag) beträgt gemäß § 46 BBhV für

- | | |
|---|------|
| a) beihilfeberechtigte Person | 50 % |
| b) beihilfeberechtigte Person mit zwei oder mehr im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kindern | 70 % |
| c) berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner | 70 % |
| d) jedes im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kind | 80 % |
| e) Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen | 70 % |

Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen beträgt der Bemessungssatz nach Buchstabe b nur bei demjenigen 70 %, der den Familienzuschlag nach den §§ 39, 40 und 53 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandskinderzuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes bezieht.

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

Bis zum 19.09.2012 galt folgende Regelung bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen: Für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, die keinen Beitragszuschuss des Arbeitgebers zur Krankenversicherung erhalten, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 % der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. Dies gilt nicht für Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenkasse keine Kostenerstattung geleistet hat (z. B. Behandlung durch Heilpraktikerinnen oder Heilpraktiker), dann beträgt der Bemessungssatz 50, 70 oder 80 % der beihilfefähigen Aufwendungen. Diese Regelung fällt mit Inkrafttreten der 3. Änderungsverordnung zur Bundesbeihilfeverordnung zum 20.09.2012 weg. Für alle die beim Inkrafttreten der 3. Änderungsverordnung am 20.09.2012 schon freiwillig gesetzlich versichert waren, gilt die neue Regelung erst ab dem 21.09.2017 (siehe Übergangsregelung in § 58 Absatz 7 BBhV).

10. Teilzeitbeschäftigung von Tarifbeschäftigten

Nicht vollbeschäftigte Tarifbeschäftigte erhalten von der errechneten Beihilfe den Teil, der dem Verhältnis entspricht, in dem die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit einer/eines entsprechenden vollbeschäftigten Tarifbeschäftigten zu der arbeitsvertraglich vereinbarten durchschnittlichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit steht. Es ist auf die Wochenarbeitszeit abzustellen, die zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen vereinbart war.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihrer Beihilfestelle im Dienstleistungszentrum des Bundesverwaltungsamtes gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Beihilfeteam
im Bundesverwaltungsamt
- Dienstleistungszentrum -