

Stand: 01.06.2024

Informationsblatt über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

Gemäß § 62 Abs. 4 und 7 Landesbeamtengesetz Brandenburg (LBG) gelten die für die Beamtinnen und Beamten sowie für die Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger des Bundes jeweils anzuwendenden Beihilfavorschriften (Bundesbeihilfverordnung) mit der Maßgabe, dass Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nicht beihilfefähig sind. Die Maßgabe gilt nicht für am 01.01.1999 vorhandene Schwerbehinderte, solange die Schwerbehinderung andauert.

Die Bundesbeihilfverordnung (BBhV) wurde zuletzt geändert durch die Zehnte Verordnung zur Änderung der BBhV vom 1. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 92, Geltung ab 01.04.2024).

Gemäß § 62 Absatz 2 Satz Nr. 1 LBG ist die Einkommensgrenze für die Beamtinnen und Beamten sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger im Land Brandenburg auf 20.000 Euro begrenzt.

Beihilfe wird auf schriftlichen Beihilfeantrag gewährt. Die Antragsfrist beträgt drei Jahre ab Ausstellung der Rechnung. Maßgeblich sind das Datum der Rechnung und der Eingang des Beihilfeantrags bei der Beihilfefestsetzungsstelle. Berücksichtigen Sie daher ausreichend Zeit für den Postweg / ggf. Kurierweg.

Die Beihilfavorschriften und Anträge auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen finden Sie auf www.zbb.brandenburg.de unter der Rubrik Beihilfe und „Individuelle Beihilfe“.

Informationen zur neuen Form der pauschalen Beihilfe nach § 62 Abs. 6 Landesbeamtengesetz Brandenburg (LBG) finden Sie in einem gesonderten Informationsblatt auf www.zbb.brandenburg.de unter der Rubrik Beihilfe und „Pauschale Beihilfe“.

Dieses Informationsblatt soll Ihnen einen Überblick über wesentliche Inhalte des Beihilferechts geben. Ansprüche irgendwelcher Art können Sie aus diesen Hinweisen nicht herleiten. Auf Einzelfälle kann dieses Informationsblatt naturgemäß nicht eingehen.

Bei Ihrer Beihilfefestsetzungsstelle erhalten Sie im Bedarfsfall weitere Informationen.

Beihilfeberechtigte Personen (§§ 2, 3 BBhV)

Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger erhalten, solange ihnen Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge nach Abschnitt II oder Abschnitt V, nach § 22 Absatz 1 oder nach § 26 Absatz 1 des Beamtenversorgungsgesetzes oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes zustehen, Beihilfen für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Bei Beurlaubungen ohne Dienstbezüge werden keine Beihilfen gewährt. Ausnahmen hiervon bestehen bei Elternzeit, Beurlaubung aus familiären Gründen (§ 80 Abs. 1 Nr. 2 Landesbeamtengesetz), Beurlaubung unter Wegfall der Bezüge bis zu einem Monat (§ 79 Abs. 5 Landesbeamtengesetz). Beihilfeberechtigt sind auch die Beamtinnen und Beamten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder dorthin abgeordnet sind.

Nicht beihilfeberechtigt sind Beamtinnen und Beamte, wenn ihr Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist und Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach Abgeordnetengesetzen zustehen.

Für Richterinnen und Richter gelten die beamtenrechtlichen Regelungen entsprechend.

Berücksichtigungsfähige Personen (§ 4 BBhV)

sind

- Ehegattinnen und Ehegatten, soweit sie nicht selbst beihilfeberechtigt sind,
- Eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, soweit sie nicht selbst beihilfeberechtigt sind,
- die im Familienzuschlag nach dem Besoldungs- und Versorgungsrecht berücksichtigungsfähigen Kinder, soweit sie nicht aus eigenem Recht beihilfeberechtigt sind.

Beihilfefähig sind Aufwendungen von **Ehegattinnen und Ehegatten/Eingetragenen Lebenspartnerinnen und Lebenspartner**, wenn sie im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung insgesamt Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a EStG, Gesamtbetrag der Einkünfte und Kapitaleinkünfte) unter 17.000 EUR erzielt haben. Werden im laufenden Jahr keine Einkünfte mehr über 17.000 EUR erzielt und wird erklärt, dass die vorgenannte Einkommensgrenze nicht überschritten wird, kann eine Beihilfe unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden. Die Einkünfte sind jährlich durch Vorlage einer Kopie des vollständigen Einkommensteuerbescheides nachzuweisen. Alle Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Angehörigen müssen ersichtlich sein.

Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie beim Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person nach dem Besoldungs- und Versorgungsrecht berücksichtigungsfähig sind.

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

Bei Fragen zum Familienzuschlag wenden Sie sich bitte an die Fachbereiche Besoldung oder Versorgung bei der ZBB.

Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

Konkurrenzen (§ 5 BBhV)

Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt eine Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs sowie die Berücksichtigungsfähigkeit als berücksichtigungsfähige Person aus.

Ein Kind wird bei der beihilfeberechtigten Person berücksichtigt, die den Familienzuschlag für das Kind erhält. Das gilt nicht für Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung haben.

Beihilfefähige Aufwendungen (§ 6 BBhV)

Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen die Beihilfeberechtigung besteht oder die Voraussetzungen für die Berücksichtigungsfähigkeit besteht.

Beihilfefähig sind die nachstehend genannten Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach **notwendig** (Diagnose), der Höhe nach **wirtschaftlich angemessen** sind und die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden.

Die wirtschaftliche Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich grundsätzlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Psychotherapeuten (GOP). Überschreitungen der Schwellenwerte des Gebührenverzeichnisses bis zum Höchstsatz des Gebührenrahmens bedürfen einer Begründung. Die Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen, wenn sie die zwischen dem Bundesministerium des Innern und den Heilpraktiker Verbänden vereinbarten Höchstbeträge nach Anlage 2 zu § 6 BBhV nicht übersteigen.

Nicht angemessen und nicht beihilfefähig sind nach § 2 GOÄ oder GOZ vereinbarte Leistungen auf Verlangen, Überschreitungen des Gebührenrahmens sowie Materialkostenvereinbarungen nach Abschnitt G der GOZ.

Sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde, kann die oberste Dienstbehörde eine Beihilfe zur Milderung der Härte gewähren.

Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch (§ 7 BBhV)

Rechtliche Grundlage für den Verweis auf Bestimmungen des Sozialgesetzbuches in der BBhV.

Ausschluss der Beihilfefähigkeit (§ 8 BBhV)

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen:

- für Beamtinnen und Beamten, denen ein Anspruch auf Heilfürsorge zusteht,
- für Gutachten, die auf Verlangen von der oder dem Beihilfeberechtigten oder von der oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen veranlasst worden sind,
- für medizinisch nicht notwendige ärztliche Bescheinigungen,
- für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
- für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen,
- für Untersuchungen und Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings.

Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Sach- und Dienstleistungen, die in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Pflichtversicherte auf Grund ihres Versicherungsverhältnisses beanspruchen können, aber nicht in Anspruch nehmen.

Anrechnung von Leistungen (§ 9 BBhV)

Aufwendungen, die auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von Dritten erstattet werden, sind im Regelfall von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.

Beihilfeanspruch (§ 10 BBhV)

Auf Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Stirbt die oder der Beihilfeberechtigte, kann die Beihilfe mit befreiender Wirkung auf das Bezügekonto der oder des Verstorbenen oder ein anderes Konto, das von der oder dem Verstorbenen im Antrag der in der Vollmacht angegeben wurde oder auf das Konto eines Erben gezahlt werden. Im letzten Fall ist der Erbschein notwendig.

Auslandsbehandlung (§ 11 BBhV)

Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) sind wie im Inland entstandene Aufwendungen beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der EU, die 1.000 EUR im Krankheitsfall übersteigen, sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Notfall das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht wurde oder sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung

nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätten aufgeschoben werden können.

Zur Prüfung fremdsprachiger Belege wird eine Beschreibung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, ggf. auch eine Übersetzung benötigt.

Ärztliche Leistungen (§ 12 BBhV)

Aufwendungen für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 in Krankheitsfällen grundsätzlich beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode kann begrenzt oder ausgeschlossen sein.

Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern (§ 13 BBhV)

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 6 in Krankheitsfällen grundsätzlich beihilfefähig und wirtschaftlich angemessen, wenn sie die Höchstbeträge nach Anlage 2 nicht überschreiten.

Nicht beihilfefähig sind psychotherapeutische Behandlungen beim Heilpraktiker.

Zahnärztliche und implantologische Leistungen (§§ 14, 15 BBhV)

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig.

Die Anzahl der beihilfefähigen Implantate (künstliche Zahnwurzeln) ist begrenzt auf zwei Implantate je Kiefer bzw. vier Implantate je zahnlosem Kiefer. Dabei sind vorhandene Implantate, die aus öffentlichen Mitteln finanziert wurden, mitzuzählen. Bei schwerwiegenden Kiefererkrankungen gibt es Ausnahmen.

Aufwendungen für Suprakonstruktionen auf Implantaten sind im Rahmen des § 16 stets beihilfefähig. Es wird ein aktueller Zahnstatus benötigt.

Heil und Kostenpläne für zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind grundsätzlich nicht notwendig. Für Zahnimplantate und umfangreichen Zahnersatz kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, das ist jedoch für die spätere Beihilfegewährung nicht entscheidend.

Kieferorthopädische Leistungen (§ 15a BBhV)

Für kieferorthopädische Behandlungen muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden; entsprechende Aufwendungen sind nur nach Zustimmung der Festsetzungsstelle beihilfefähig. 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 beihilfefähig. Der Behandlungsbeginn muss in der Regel vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegen (bei schweren Kieferanomalien gibt es Ausnahmen). Die Behandlung erwachsener Personen ist zu bewilligen, wenn durch ein Gutachten festgestellt wurde, dass

die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und keine Behandlungsalternative vorhanden ist.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (§ 15b BBhV)

Die Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei bestimmten Indikationen beihilfefähig (z. B. bei umfangreichen Gebissanierungen oder Kiefer- und Muskelerkrankungen).

Auslagen, Material- und Laborkosten (§ 16 BBhV) (zahntechnische Leistungen)

Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummern 2130 bis 2320, 5000 bis 5340, 7080 bis 7100 und 9000 bis 9170 der Anlage 1 zur GOZ entstanden sind, sind im Regelfall zu 60 Prozent beihilfefähig ((Inlays, Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate).

Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf (§ 17 BBhV)

Für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist oder wenn die beihilfeberechtigte Person zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Psychotherapeutische Behandlungen (§§ 18 bis 21 BBhV)

Aufwendungen für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien, Verhaltenstherapien und Systemische Therapien sind nur beihilfefähig, wenn sie von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten erbracht werden. Die psychotherapeutischen Behandlungen (Langzeittherapien) sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle **vor Beginn** der Behandlung die Beihilfefähigkeit auf Grund eines Gutachterverfahrens anerkannt hat. Vor der Antragstellung sind Aufwendungen für 5 probatorische Sitzungen (bei analytischer Therapie 8 probatorische Sitzungen) beihilfefähig. Bei akutem Behandlungsbedarf sind weitere Sitzungen bis zum Abschluss des Gutachterverfahrens beihilfefähig, die auf die bewilligten Sitzungen angerechnet werden.

Aufwendungen für psychotherapeutische Akutbehandlungen sind als Einzelbehandlung bis zu einer Höhe von maximal 51 EUR beihilfefähig.

Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind auf Antrag, aber ohne Gutachterverfahren bis zu 24 Sitzungen beihilfefähig.

Bei Ihrer Beihilfefestsetzungsstelle erhalten Sie ein entsprechendes Informationsblatt sowie einen Antrag auf

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine psychotherapeutische Behandlung

Arznei- und Verbandmittel (§ 22 BBhV)

Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang schriftlich verordnete oder bei einer ambulanten Behandlung verbrauchte Arzneimittel; die nach § 2 des Arzneimittelgesetzes apothekenpflichtig sind. Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Medizinprodukte sind mit Einschränkungen beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind insbesondere

- nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie sind für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr - bei Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr - bestimmt oder gelten bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard oder wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt
- verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Gewichtsreduzierung, Nikotinentwöhnung, zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion, zur Verbesserung des Haarwuchses oder des Aussehens (Arzneimittel die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen)
- traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a des Arzneimittelgesetzes
- hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung (gilt nicht für Personen unter 22 Jahren oder wenn die Mittel zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden)
- über die Festbeträge im Sinne des SGB V hinausgehende Kosten für Arzneimittel und
- vom Heilpraktiker verordnete Mittel, es sei denn sie werden bei einer Behandlung verbraucht.

Siehe hier im Zusammenhang auch: §§ 49, 50 BBhV

Heilmittel (§ 23 BBhV)

Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und bei der Anwendung der Heilmittel verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlage 9 (Höchstbeträge) beihilfefähig.

Hierzu gehören insbesondere Inhalationen, Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Podologie, Bewegungs-, Ergo-, Sprach- und Ernährungstherapie.

Die Leistungen müssen von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufen oder staatlich anerkannten Sprachtherapeuten erbracht werden.

Komplextherapien, integrierte Versorgung und Leistungen psychosomatischer Institutsambulanzen (§ 24 BBhV)

Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien oder integrierter Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in angemessener Höhe beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen und für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren sind bis zur Höhe der Vergütungen, die die Einrichtungen in einer Vereinbarung mit den entsprechenden Verbänden bzw. Sozialversicherungsträgern

getroffen haben, beihilfefähig. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig.

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke (§ 25 BBhV)

Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung von Hilfsmitteln, ggf. im Rahmen von Höchstbeträgen (siehe Anlage 11).

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und für Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind (z. B. Bandscheibenmatratzen, Bestrahlungslampen, Blutdruckmessgeräte, Fitnessgeräte, Gesundheitsschuhe, staubdichte Matratzenbezüge, Bettwäsche für Allergiker, aufgelistet in Anlage 12).

Siehe auch: §§ 49, 50 BBhV.

Sehhilfen und Perücken

Aufwendungen für Sehhilfen zur Verbesserung des Visus sind ohne besondere Voraussetzungen (Dioptrienzahl) im Rahmen von Höchstbeträgen beihilfefähig (Anlage 11). Bei einer erstmaligen Beschaffung einer Sehhilfe, insbesondere für vergrößernden Sehhilfen (z. B. Lupengläser oder therapeutischen Sehhilfen (z. B. Prismengläser, Kantenfilter) ist eine ärztliche Verordnung Voraussetzung.

Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für Brillenfassungen, Bildschirmbrillen, Brillenetuis und Brillenversicherungen.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Voll- oder Teilperücken sind bis zu einem Betrag von 512 Euro beihilfefähig (Anlage 11). Die Wartezeit für die Neubeschaffung der Perücken im Zusammenhang mit einer Krankheit beträgt ein Jahr für Kunsthaar und zwei Jahre für Echthaar. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind beihilfefähig, wenn die Tragedauer länger als ein Jahr beträgt.

Digitale Gesundheitsuntersuchung (§ 25a BBhV)

Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn die digitalen Gesundheitsanwendungen

1. in dem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen, das nach § 139e Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemacht und auf der Internetseite <https://diga.bfarm.de> veröffentlicht wird, aufgeführt sind und
2. von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten verordnet worden sind.

Krankenhausbehandlung in zugelassenen Krankenhäusern (§ 26 BBhV) i. V. m. § 62 Landesbeamtenengesetz (LBG)

Beihilfefähig sind die Aufwendungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Höhe der Fallpauschalen, Pflegesätze, Sonderentgelte usw. für die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung).

Wahlleistungen (Chefarztbehandlung und Zweibett- oder Einbettzimmerzuschläge aufgrund eines Wahlleistungsvertrages) sind nach § 62 Abs. 4 Landesbeamtenengesetz Brandenburg nur für Personen beihilfefähig, die vor dem 01.01.1999 Beamte oder berücksichtigungsfähige Angehörige mit einem anerkannten Grad der Schwerbehinderung von mindestens 50 im Land Brandenburg waren und nur solange die Schwerbehinderung andauert.

Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung (Privatklinik § 26 a BBhV) i. V. m. § 62 (LBG)

Die Aufwendungen für Behandlungen in **Privatkliniken** (Krankenhäuser, die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind) sind nur bis zur Höhe des Betrages beihilfefähig, der sich bei der Vergleichsberechnung unter Zugrundelegung des einheitlichen Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt bzw. in Privatkliniken, die nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-Entgeltsystem) abgerechnet werden, das errechnete Entgelt aus Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkataloges bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 EUR. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Notfall das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht wurde.

Der Feststellungsstelle kann vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag mit Angabe der Diagnose – und Prozedurenschlüssel vorgelegt werden. Den Wahlleistungen (Chefarztbehandlung und Zweibett- oder Einbettzimmerzuschläge) entsprechende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

Bei Behandlungen in Privatkliniken entstehen Ihnen i. d. R. nicht beihilfefähige Mehrkosten.

Übergangspflege im Krankenhaus (§ 26b BBhV)

Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus sind für zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft.

Häusliche Krankenpflege und Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (27 BBhV)

Die nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen Pflegekosten für Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung sowie für Behandlungspflege sind bis zur Höhe der örtlichen Sätze der

hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger im Regelfall für 4 Wochen beihilfefähig, wenn keine andere im Haushalt lebende Person dies übernehmen kann.

Die ambulante Palliativversorgung ist regelmäßig als Ausnahmefall zu werten; hier gibt es Ausnahmeregelungen.

Siehe auch: §§ 49, 50 BBhV.

Außerklinische Intensivpflege (§ 27a BBhV)

Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege kann nachgewiesen werden durch

1. eine ärztliche Verordnung aus der, zum Beispiel aus den Angaben zur Dauer oder zum notwendigen Umfang der medizinischen Behandlungspflege, der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, insbesondere der Bedarf zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, hervorgeht, oder
2. die Feststellung eines besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder die Postbeamtenkrankenkasse.

Spätestens zwölf Monate nach einer Erstaussstellung oder einer Folgeaussstellung ist ein erneuter Nachweis nach Satz 2 Nummer 1 oder nach Satz 2 Nummer 2 zu erbringen.

Familien- und Haushaltshilfe (§§ 28, 29 BBhV)

Die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) ergebenden monatlichen Bezugsgröße beihilfefähig, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Haushalt wegen einer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung oder schwerer Erkrankung nicht weiterführen kann oder verstorben ist, im Haushalt mindestens ein beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Soziotherapie (§ 30 BBhV)

Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.

Siehe auch §§49, 50 BBhV

Neuropsychologische Therapie (§ 30a BBhV)

Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma und von Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation durchgeführt werden. Die Anzahl der Sitzungen ist begrenzt.

Fahrtkosten (§ 31 BBhV)

Fahrtkosten zur ambulanten und stationären Behandlung einer Erkrankung können grundsätzlich nur zur nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

Fahrtkosten sind beihilfefähig:

für **ärztlich verordnete Fahrten**, im Zusammenhang mit stationären Krankenhausaufenthalten; anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, einer ambulanten Operation und die damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen, wenn dadurch eine stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird sowie Krankentransporte aus medizinischem Anlass.

Verordnet werden können Fahrten vom Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten.

Ohne ärztliche Verordnung sind Rettungsfahrten und -flüge, Fahrten zur ambulanten Dialyse bzw. onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie, Fahrten zur Behandlung von Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, BI oder H sowie der Pflegegrade 3 bis 5 beihilfefähig. Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus sind beihilfefähig aus medizinischen Gründen und wenn die Beihilfestelle der Verlegung zugestimmt hat. Der Anlass der Fahrten muss aus den Belegen ersichtlich sein.

Bei Benutzung eines PKW gilt das Bundesreisekostengesetz entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes gewährt wird (derzeit 0,20 EUR je Kilometer, maximal 130 EUR je Maßnahme).

Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

Nicht beihilfefähig sind

Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union.

Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen (§ 32 BBhV)

Aufwendungen für eine Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen sind bis zur Höhe von 150

Prozent der Sätze nach § 7 Abs. 1 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes (30 EUR) beihilfefähig.

Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten (§ 33 BBhV)

Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Festsetzungsstelle entscheidet im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde.

Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 34 BBhV)

Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen sind beihilfefähig, wenn sie sich an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer solchen Krankenhausbehandlung steht. Das gilt auch, wenn diese nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig sind.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig.

Fahrtkosten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (niedrigste Klasse und Gepäckkosten) sind beihilfefähig. Fahrtkosten mit dem PKW sind in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes (0,20 EUR je Kilometer, jedoch nicht mehr als 200 EUR für die Gesamtmaßnahme) beihilfefähig. Taxikosten sind nur bei ärztlich bestätigter medizinischer Notwendigkeit beihilfefähig.

Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 35, 36 BBhV)

Beihilfefähig sind Aufwendungen für

- stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V besteht,
- Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht,
- ambulante Rehabilitationsmaßnahmen unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Kurort für aktive Beamte.

Fahrtkosten sind in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes mit 0,20 EUR je Kilometer oder für öffentliche Verkehrsmittel (niedrigste Klasse und Gepäckkosten) beihilfefähig, jedoch nicht mehr als 200 EUR für die Gesamtmaßnahme. Taxikosten sind nur bei gutachterlich bestätigter medizinischer Notwendigkeit beihilfefähig.

Ferner sind beihilfefähig

- ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitationen bei schweren chronischen Erkrankungen für berücksichtigungsfähige Kinder, insbesondere bei

Krebserkrankungen, Mukoviszidose, nach Herzoperationen oder Organtransplantationen,

- ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen und wohnortnahen Einrichtungen
- ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

Siehe auch: §§ 49, 50 BBhV.

Dauernde Pflegebedürftigkeit (§§ 37 bis 39 BBhV)

Dauernd pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens für mindestens 6 Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege beihilfefähig.

Die privaten oder sozialen Pflegeversicherungen sind für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades zuständig.

Palliativversorgung und Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§§ 40, 40a BBhV)

Ambulante Palliativversorgung oder stationäre Palliativversorgung in Hospizen sind auf Grund einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Darüber hinaus können Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit erbracht werden, sofern die zuständige Pflegeversicherung anteilig Leistungen erbringt.

Bietet eine vollstationäre Pflegeeinrichtung oder eine Einrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase an, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (§ 41 BBhV)

Beihilfefähig sind Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung:

- bei Kindern bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- bei Kindern und Jugendlichen die Jugendgesundheitsuntersuchungen zwischen dem vollendeten 13. und 17. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann,
- bei Frauen ab 20 Jahren, bei Männern ab 45 Jahren einmal jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
- bei Personen ab 35 Jahren alle zwei Jahre die Früherkennung von Hautkrebs,
- bei Personen ab 35 Jahre alle drei Jahre die Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit,
- Aufwendungen für Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der STIKO (Impfkalender),

- zwischen dem dritten und dem sechsten Lebensjahr insgesamt drei Zahnuntersuchungen in einem Abstand von mindestens zwölf Monaten,
- bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren bis zum 18. Geburtstag einmal in jedem Kalenderhalbjahr Kontrolluntersuchungen bzw. individualprophylaktische Maßnahmen

und prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte und Nummer 1 der Anlage Gebührenordnung für Ärzte.

Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko oder familiärem Darmkrebsrisiko sind unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig.

Aufwendungen für eine Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sind für Personen ab dem 16. Lebensjahr beihilfefähig.

Schwangerschaft und Geburt (§ 42 BBhV)

Beihilfefähig sind Aufwendungen für die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, die allgemeinen Krankenhausleistungen und Hebammengebühren nach der geltenden Hebammengebührenverordnung, im Bedarfsfall die Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe und die Beförderungskosten.

Aufwendungen für Geburtshäuser sind dann beihilfefähig, wenn die Spitzenverbände der Krankenkassen Verträge mit diesen geschlossen haben.

Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (§§ 43, 43a BBhV)

Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sind für verheiratete Beihilfeberechtigte ab dem 25. Lebensjahr bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres der Frau bzw. 50. Lebensjahr des Mannes in begrenztem Umfang beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass bestimmte Behandlungsindikationen erfüllt sind. Die Regelungen des § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Krankenkasse die Beihilfefestsetzungsstelle tritt.

Es wird empfohlen, sich vor Beginn der Behandlung bei der Beihilfefestsetzungsstelle über Ihren Beihilfeanspruch im Einzelfall zu informieren.

Aufwendungen für eine Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (Gefahr für Gesundheit bzw. Leben der Mutter oder bei kriminologischer Indikation) sind beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung.

Überführungskosten (§ 44 BBhV)

Ist ein Beihilfeberechtigter während einer Dienstreise oder einer Abordnung verstorben, sind die Kosten der Überführung zum Heimatort beihilfefähig.

Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende (§§ 44, 45a BBhV)

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Erste Hilfe, eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und für Organspenden, wenn der Empfänger des Organs beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist.

Beihilfebemessungssatz (§§ 46, 47 BBhV)

Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung.

Der Bemessungssatz beträgt für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,
2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten/eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren Beihilfeberechtigten nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach § 40 des Besoldungsgesetzes für das Land Brandenburg (Brandenburgisches Besoldungsgesetz - BbgBesG) oder den Auslandskinderzuschlag nach § 53 des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen.

Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen in Elternzeit beträgt 70 Prozent.

Die oberste Dienstbehörde kann den Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und ihre berücksichtigungsfähigen Personen mit geringen Gesamteinkünften und in vergleichbaren Ausnahmefällen für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent ihrer oder seiner Gesamteinkünfte übersteigt.

Bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die freiwillig gesetzlich krankenversichert sind, beträgt der Bemessungssatz 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Leistungen und Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben.

Begrenzung der Beihilfe (§ 48 BBhV)

Die Beihilfe darf zusammen mit Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung sowie auf Grund von anderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen.

Eigenbehalte (§ 49 BBhV)

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um fünf und höchstens um zehn Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei

1. Arznei- und Verbandmitteln sowie Medizinprodukten,
3. Hilfsmitteln,
4. Fahrten,
5. Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag und
5. Soziotherapie je Kalendertag.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um zehn Euro je Kalendertag bei

1. vollstationären Krankenhaus-, Anschlussheil- oder Suchtbehandlungen, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und
2. stationären Rehabilitationsmaßnahmen.

Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

1. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, außer Fahrtkosten,
2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und der dabei verwandten Arzneimittel,
4. Arznei- und Verbandmittel, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden,
5. Heil- und Hilfsmittel, soweit beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind, sowie
6. Harn- und Blutteststreifen,
7. Aufwendungen der Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen,
8. Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel.

Belastungsgrenzen (§ 50 BBhV)

Auf Antrag sind Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen und Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnete Arzneimittel abhängig von der Besoldungsgruppe über 8 EUR, 12 EUR oder 16 EUR liegen.

Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs folgt. Die Belastungsgrenze beträgt zwei Prozent und für chronisch Kranke ein Prozent der jährlichen maßgeblichen Einnahmen des Vorjahres. In die Belastungsgrenze einbezogen werden auf Antrag nach § 22 BBhV nicht beihilfefähige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Bewilligungsverfahren, Zahlung an Dritte (§§ 51,51a BBhV)

Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu auf eigene Kosten bei Sachverständigen Gutachten einholen.

Die Beihilfe wird auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrundeliegenden Belege sind der Festsetzungsstelle mit dem Antrag vorzulegen. Zweitschriften der Belege sind grundsätzlich ausreichend. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich.

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

Beihilfe wird in der Regel nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 EUR betragen, es sei denn, es droht die Verjährung der Rechnungen. Die Festsetzungsstelle kann zur Vermeidung unbilliger Härten Ausnahmen zulassen.

Die Beihilfe kann auf Antrag der beihilfeberechtigten Person an Dritte ausgezahlt werden.

Leistungen nach § 26 BBhV können auf Antrag direkt zwischen dem Krankenhaus oder dem vom Krankenhaus beauftragten Rechnungsaussteller und der Beihilfestelle abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. abgeschlossen ist.

Antragsfrist (§ 54 BBhV)

Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb drei Jahren nach Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Maßgeblich sind das Datum der Rechnung und der Eingang des Beihilfeantrags bei der Beihilfefestsetzungsstelle.